Le Progrès Médical

JOURNAL DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET DE PHARMACIE

Rédacteur en chef : BOURNEVILLE

Secrétaire de la Rédaction : P. BRICON.

TREIZIÈME ANNÉE

2e SÉRIE

TOME I. — 1885. — PREMIER SEMESTRE

Illustré de 52 figures dans le texte

COLLABORATEURS PRINCIPAUX :

ABADIE (CH.), AIGRE (D.), BALLET (G.), BALZER, BAR, BARATOUX (J.), BERNE, BITOT (P.), BLANCHARD (R.), BONNAIRE (E.), BOTTEY (F.), BOUTEILLIER (G.), BOUDET DE PARIS, BRISSAUD (E.), BUDIN (P.), CAPITAN (L.), CHABBERT, CHANTEMESSE (A), CHARCOT (J.-M.), CORNILLON (J.), CRUET (L.), COMBY (J.), DAMALIX, DARIER, DEBOVE, DELASIAUVE, DURET (H.), EPERON, FERÉ (CH.), GILLES DE LA TOURETTE (G.), JOSIAS (A,), JOUSSET DE BELLESME, KERAVAL, LANDOUZY (L.), LAVERAN (A.), LELOIR (H.), LIOUVILLE (H.), LOYE, MAGNAN, MALHERBE (A.), MARCANO (G.), MARIE, MAUNOURY (G.), MAYGRIER, MONOD (CH.), MUSGRAVE CLAY (R. de), NAPIAS (H.), PELTIER (G.), PETIT-VENDOL (CH.-H.), PITRES, POIRIER (P.), PONCET (de Cluny), RANVIER, RAYMOND, REGNARD (P.), RENAUT (J.), RICHER (P.), SÉGLAS, SEVESTRE (A.), SIMON (J.), TALAMON (CH.), TEINTURIER (E.), TERRILLON, TROISIER, VIGOUROUX (R.), VILLARD (F.), YVON (P.).

CE VOLUME RENFERME, EN OUTRE, DES MÉMOIRES, DES LEÇONS OU DES REVUES

DE MM.

Babés, Béco, Besnier (E.), Blocq, Briand, Cornil, Cotard, Dagonet, Dubarry, Evrard, Gilbert, Gouguenheim, Grasset, Guillot, Guinon, Hennequin, Huchard, Iscovesco, Jennings, Jobim, Joffroy, Koller, Kornilowicz, Landrieux, Leflaive, Le Gendre (P.), Leibowitz, Lermoyez, Marchant, Marciguey, Mathieu (A.), Négel, Parinaud, Pennel, Phocas, Picard (H.), Rey, Roubinowitsch, Routier, Saboia, Sabourin, Sée (G.), Straus, Trélat, Turner, Ultzmann, Vogt.



PARIS

AUX BUREAUX DU JOURNAL

14, RUE DES CARMES, 14.

13e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. I. N° 1. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. JANVIER 188[illegible]

Le Progrès Médical

THÉRAPEUTIQUE

HOPITAL DES ANGLAIS, A LIÈGE. — **M. le Dr COLLARD.**

Sur le traitement de la fièvre typhoïde par le salicylate de soude à doses accumulées;

Par le Dr LÉON BECO, médecin adjoint.

Observations recueillies par MM. VLAISLOIR et EVRARD, internes.

Pendant la plus grande partie de l'épidémie de fièvre typhoïde qui a frappé notre ville, c'est presque exclusivement au traitement par le *sulfate de quinine* que nous avons eu recours. C'est le traitement le plus généralement suivi à Liége, et c'est surtout avec lui que nous mettrons en parallèle la médication adoptée par notre maitre expérimenté M. Collard.

L'une et l'autre méthodes se composent du médicament antithermique, de vin pur, d'eau vineuse, de bouillon et de lait. Nous n'en excluons pas, naturellement, les moyens généraux propres à combattre les complications, et quelques moyens adjuvants, tels que lavages, application de glace, etc. Le *sulfate de quinine* est donné le soir, vers 6 heures, à la *dose* de 1 à 2 gram., en une ou deux prises, dans le but d'accentuer la rémission matinale que présente ordinairement la fièvre dans le typhus abdominal. Grâce à ce traitement, la chute est ordinairement de 1 degré, souvent de 1 1/2, parfois de plus encore. Fréquemment aussi le médicament est infidèle, et il n'est pas rare qu'il soit mal supporté. Ces faits sont connus; nous n'insisterons pas.

Le but de cette méthode, disons-nous, est de produire une forte rémission matinale de la température, pour laisser le malade reprendre des forces pendant la première moitié de la journée. Contre l'exacerbation vespérale, le sulfate de quinine reste, pour ainsi dire, sans effet. Il en est tout autrement du *salicylate de soude*, administré comme le pratique M. Collard. Chaque fois, la température du *soir* descend de 1 à 2 degrés et souvent davantage, ainsi qu'on peut s'en convaincre par nos tracés thermométriques qui diffèrent totalement du tracé classique de la dothiénentérie. Le *maximum* est noté le *matin*, quand l'influence du salicylate se dissipe, le *minimum*, le *soir*, quand elle se fait sentir. De cette façon, le malade bénéficie le matin de la rémission naturelle de la fièvre, et le soir de la rémission artificielle provoquée par le médicament. Soulagé pendant les heures qui sont les plus pénibles et les plus débilitantes pour lui, il passe la journée avec une température relativement basse et il profite, naturellement, du long répit qui lui est accordé. Il arrive, en fin de compte, au bout de sa maladie dans un état de forces très satisfaisant, incontestablement meilleur que s'il n'avait pas été soumis à cette médication.

La méthode choisie par M. Collard consiste à donner le salicylate de soude, à *doses accumulées*, vers le milieu de la journée. Après divers tâtonnements, il s'est arrêté à la dose de 4 à 6 grammes, pour un adulte, donnée en deux fois, à une heure d'intervalle au plus, entre midi et 2 heures, dans une potion de 120 grammes. Le soir même, avons-nous-dit, la température est fortement abaissée. Quand la fièvre est intense, la température remonte déjà le lendemain matin, sans atteindre cependant le niveau de la veille. Il faut alors recourir de nouveau au salicylate de soude vers une heure.

Quand la fièvre est modérée, au contraire, la température descend encore de quelques lignes le lendemain matin, ou, tout au moins, elle reste tellement voisine de la normale que l'on peut diminuer la dose de l'antipyrétique, voire même le supprimer pendant un jour entier. C'est ce que nous avons fait un grand nombre de fois, *par expérience*, pour nous assurer que la chute thermométrique était exclusivement due au traitement. Souvent nous avons vu l'effet du salicylate de soude se prolonger pendant environ 36 heures ; mais presque toujours la fièvre remontait le soir à son degré primitif quand nous n'avions pas donné la potion vers midi. Si ces jours-là la fièvre redevenait trop intense (39° à 40° vers 6 heures), nous rendions immédiatement la potion. Nous pensons, et c'est la règle que nous suivons maintenant, qu'il vaut mieux diminuer seulement la dose du médicament que le supprimer complètement.

Nous n'insisterons pas davantage ; les observations qui vont suivre indiquent suffisamment le « modus faciendi ». Nous tenions, avant de les exposer, à fixer l'attention sur les points principaux de la médication, afin de faire mieux saisir ce qu'elles ont de démonstratif.

Nous ferons cependant remarquer que nous n'avons traité que des fièvres typhoïdes parfaitement caractérisées, et que le salicylate de soude n'a été donné que dans les cas où l'hyperthermie était persistante. Les cas *légers*, et ceux où la fièvre était rémittente ont été, à dessein, éliminés de nos expériences.

Enfin, nous avons suspendu quelquefois le traitement pour faire la contre-épreuve ; et, à maintes reprises, nous avons donné la quinine pour comparer les effets produits sur le même sujet par les deux médicaments.

OBSERVATION I. (*Fig. 1.*)—La première malade traitée par le salicylate était une jeune fille de 19 ans, entrée à l'hôpital le 15 avril 1883, salle IV, n° 7, présentant les signes et les symptômes d'une fièvre typhoïde au début. *T.* 40°,5.

Les 16, 17, 18, 19, 20, 21 et 22 avril, nous donnons le sulfate de quinine à dose massive (1 1/2 à 2 gr.) et la température oscille entre 39° le matin et 40°,4 le soir ; la maladie s'aggravait : la langue devenait sèche, la stupeur s'accentuait et il y avait du délire. Bref, c'était la marche ascendante habituelle.

Le 23 avril, à la visite du matin, la température étant de 39°,5, nous prescrivons 4 gr. de salicylate de soude, dans une potion de 120 gr. à faire prendre entre midi et 2 heures ; le soir, la température tombait à 38°,6 et l'état général était notablement amélioré ; la nuit a été excellente, pas de délire, sommeil (*Fig.* 1).

	Matin.		Soir.
24 avril.	T. 39°,1	4 gr. salicylate de midi à 2 heures.	T. 38°,4
25 —	38°,2	—	37°,6
26 —	37°,8	—	37°,4
27 —	37°,9	Pas de salicylate.	38°,5
28 —	38°,2	—	40°,0

En présence de ce chiffre de 40°, nous donnons, vers 7 heures, 5 gr. de salicylate de soude.

	Matin.		Soir.
29 avril.	T. 37°,5	4 gr. salicylate vers 1 heure.	T. 37°,3
30 —	37°,0	Pas de salicylate.	39°,4

Le soir, de 6 à 8 heures, on donne 5 gr. de salicylate de soude.

	Matin.		Soir.
1er mai.	T. 37°,0	4 gr. salicylate de midi à 2 heures.	T. 36°,6
2 —	38°,2	4 gr. salicylade à midi.	36°,4
3 —	37°,0	Pas de salicylate.	38°,8
4 —	37°,5	4 gr. salicylate.	36°,8
5 —	37°,8	—	37°,0
6 —	36°,4	Plus de salicylate.	37°,5

Le salicylate est définitivement abandonné et les jours suivants la température reste normale. La malade est guérie ; elle se lève, marche dans la salle sans la moindre gêne.

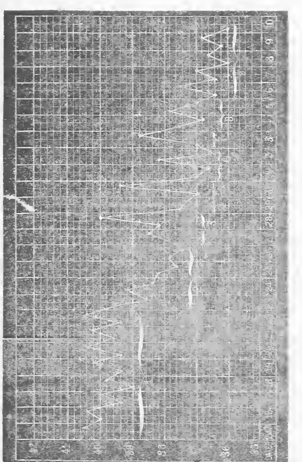


Fig. 1. — T[illegible] (1 1/2 à 2 gr.). — 2. 4 gr. de salicylate de [illegible] heures. — 3. Pas de salicylate, sauf le 28 (5 gr.) à 7 heures [illegible]. — 4. [illegible] de salicylate de midi à 2 heures. — 5. Le salicylate est donné seulement le soir de 6 à 8 heures. — 6. 4 gr. de salicylate de midi à 2 heures. — 7. Pas de salicylate. — 8. 4 gr. de salicylate de soude de midi à 2 heures. — 9. Suppression du traitement par le salicylate (1).

L'*amaigrissement est très peu prononcé*. Le traitement diététique a consisté, comme d'habitude, en bouillon, lait, limonade vineuse, et œufs dans les derniers jours.

Observation II. (*Fig.* 2). — Un jeune homme de 18 ans, Fritz B..., entre le 25 juin 1883, dans l'après-midi, salle VI, n° 12. Il est malade depuis une huitaine de jours. Langue sèche, peau ardente, taches rosées, stupeur prononcée, inconscience, délire, soubresauts de tendons, selles nombreuses. En un mot, tous les symptômes d'un typhus ataxo-adynamique.

La température, prise à 6 heures du soir, est de 40°. M. Collard prescrit immédiatement 6 gr. de *salicylate de soude*.

Le 26 juin, à 7 heures du matin, le thermomètre ne marque plus que 37°,2. Nous avons obtenu une chute de près de 3 degrés. L'état général est sensiblement meilleur ; le malade est redevenu conscient. Nous décidons d'attendre avant de rendre la potion. Le soir, la température est de 38°, même état que le matin.

Le 27, T. 38°, même état, pas de salicylate ; soir, T. 39°,6. Le malade se retrouve dans la même situation que le jour de son entrée. L'abaissement artificiel de la température s'est maintenu 36 heures, mais le soir du second jour, la fièvre a repris à peu près son degré primitif avec son cortège de symptômes. A 6 heures du soir, nous recourons au salicylate (6 gr.) qui nous avait donné de si bons résultats.

	Matin.		Soir.
28 juin.	T. 38°,2	6 gr. salicylate à midi.	37°,8
29 —	37°,2	—	37,°0

30 juin. En présence de cette chute considérable et persistante, nous supprimons de nouveau la potion salicylée ; le soir, à 6 heures, le thermomètre nous indiquait déjà 39°,6.

	Matin.		Soir.
1er juill.	T. 39°,8	Salicylate vers 2 heures.	T. 39°,0

1er *juillet*. T. 39°,8. Salicylate vers 2 heures. Soir, T. 39°0.

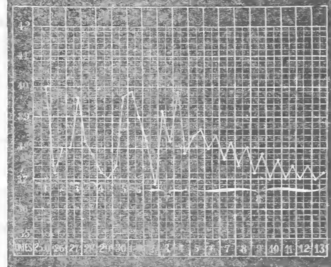


Fig. 2. — 1. [illegible] de salicylate de soude. — 2. Pas de salicylate. — 3. 6 [illegible] à 5 h. du soir. — 4. 6 gr. de midi à 2 heures. — 5. Pas de salicylate. — 6. [illegible] de salicylate à 2 heures. — 7. 6 gr. de salicylate de midi à 2 heures. — 8. Pas de salicylate.

L'effet antithermique est beaucoup moins marqué que les jours précédents ; mais il s'est fait sentir jusqu'au lendemain matin.

	Matin.		Soir.
2 juill.	T. 38°,2	6 gr. salicylate de midi à 1 h.	T. 36°,8
3 —	39°,2	—	38°,2
4 —	39°,8	—	37°,8
5 —	38°,4	Pas de salicylate.	38°,6
6 —	38°,0	—	38°,4

Le 5, la médication fut définitivement supprimée. La température (*fig.* 2) descendit régulièrement pour devenir normale vers le 12 juillet ; et, malgré l'intensité de l'empoisonnement typhique, la convalescence fut très rapide.

Observation III. — Catherine F..., entre dans la journée du 15 septembre 1883, salle IV, n° 6, avec tous les signes d'une fièvre typhoïde au début. La température du soir est de 40°,5 ; le lendemain matin, nous notons une rémission d'un demi-degré seulement. Nul doute que l'hyperthermie eût continué avec une intensité au moins égale pendant plus d'une semaine.

Le 16 septembre, de midi à 2 heures, nous prescrivons 6 gr. de salicylate de soude, que nous renouvelons pendant 6 jours consécutifs. Dès le 17, premier jour de la médication, la température *vespérale* tombe à 37°,6 ; celle du matin est les jours suivants de quelques dixièmes de degré supérieure à celle du soir, mais *le maximum s'arrête* à 38°,6.

(1) Le 24 avril il faut lire au lieu de 37°,2 le matin, 37°,1. — Le 27, au lieu de 37°,8 le matin, il faut lire 37°9.

Le 22 juillet, au matin, le thermomètre marque 37°,6, tandis que la veille, au soir, il marquait 38°. En présence de cette chute matinale nous suspendons la médication et le soir déjà la température est de 39°2. Nous reprenons le traitement le lendemain 23 juillet et après deux jours, nous maintenons la température au-dessous de 38°.

Tout traitement cesse le 28 juillet et la convalescence s'établit franchement.

Voilà donc un typhus qui débute par 40° et 40°,5 et qui, dans la suite, n'atteint plus 39° que le seul jour où nous avons interrompu la médication.

Voir ci-joint le tableau complet de la température :

	Matin.		Soir.
15 sept.	T. 00°,0	Pas de traitement.	T. 40°,5
16 —	40°,0	6 gr. salicylate.	39°,4
17 —	38°,7	—	37°,6
18 —	38°,5	—	38°,4
19 —	38°,4	—	37°,8
20 —	38°,2	—	37°,6
21 —	38°,4	—	37°,9
22 —	37°,6	Pas de salicylate.	39°,2
23 —	38°,2	6 gr. salicylate.	38°,4
24 —	38°,0	—	37°,4
25 —	37°,2	—	37°,2
26 —	37°,4	—	37°,6
27 —	37°,2	Plus de salicylate.	37°,6
28 —	37°,3	—	37°,4
29 —	37°,2	—	37°,5

Observation IV. — Gertrudo L..., servante, entre le 27 juillet, salle IV, lit 6.

Voici son tableau thermométrique :

	Matin.		Soir.
27 juill.	T. 00°,0	Pas de traitement.	T. 40°,1
28 —	39°,6	—	40°,2
29 —	39°,4	—	40°,2
30 —	39°,4	6 gr. salicylate de midi à 2 heures.	38°,4
1er août.	T. 39°,0	—	38°,6
2 —	39°,2	—	38°,2
3 —	38°,6	—	37°,8
4 —	38°,0	—	37°,0
5 —	37°,5	Pas de salicylate.	39°,2
6 —	38°,2	—	39°,4
7 —	38°,4	6 gr. salicylate de midi à 2 heures.	38°,0
8 —	38°,6	—	37°,4
9 —	38°,4	—	37°,2
10 —	39°,0	—	37°,0
11 —	38°,5	—	37°,0
12 —	38°,4	—	36°,8
13 —	38°,0	—	36°,8
14 —	37°,2	Plus de salicylate.	37,°8
15 —	37°,0	—	37°,6
16 —	37°,0	—	37°,5

Remarquez encore que pendant trois jours la température oscille entre 40°,2 le soir, et 39°,4 le matin. Nous donnons le salicylate et le thermomètre ne remonte à 39° que les deux jours où nous avons interrompu le traitement.

Nous bornerons là nos commentaires.

Observation V. — Charles-Louis Duch..., 17 ans, tailleur, couché salle VI, lit 17, est entré dons notre service le 28 octobre après-midi, avec les signes d'un typhus grave encore au début. Voici quelle fut chez ce malade la marche de la température.

	Matin.		Soir.
2 octob.	T. 00°,0	Pas de traitement.	T.40° ,0
3 —	39°,3	—	39°,8
4 —	39°,2	—	40°,5
5 —	39°,8	—	40°,7
6 —	39°,5	6 gr. salicylate de 1 à 2 heures.	38°,2
7 —	37°,6	—	38°,0
8 —	38°,5	—	37°,5
9 —	38°,4	Pas de salicylate.	40°,0
10 —	38°,6	6 gr. salicylate de midi à 1 heure.	37°,5
11 —	38°,2	—	36°,6
12 —	37°,4	Plus de salicylate.	38°,4
13 —	37°,2	—	38°,6
14 —	36°,8	—	38°,8
15 —	36°,6	—	38°,5
16 —	37°,3	—	38°,4
17 —	37°,0	—	38°,2
18 —	36°7	—	37°,5

guérison.

Nous avons respecté la fièvre les quatre premiers jours. Le thermomètre monta progressivement au chiffre de 40°,7, mais il descendit aussitôt que nous avons combattu la fièvre pour remonter plus vite encore quand nous lui avons cédé le terrain.

Si nous avions à soigner semblable malade, maintenant que nous ne cherchons plus à prouver l'efficacité de notre traitement nous administrerions tous les jours le salicylate de soude et nous sommes convaincu que la température n'atteindrait pas les degrés excessifs que nous avons notés.

Observation VI. — Marguerite Gr... entre le 24 août 1883, salle IV, n° 12.

	Matin.		Soir.
24 août.	T. 00°,0	Pas de traitement.	T. 40°,4
25 —	40°,0	—	40°,5
26 —	39°,6	6 gr. salicylate de midi à 1 heure.	38°,8
27 —	38°,2	—	36°,5
28 —	37°,6	Pas de salicylate.	39°,2
29 —	38°,9	6 gr. salicylate.	37°,5
30 —	38°,6	6 gr. salicylate, potion vomie en partie.	37°,8
31 —	38°,2	—	38°,5
1er sept.	37°,6	6 gr. salicylate vomis en partie.	38°,0
2 —	38°,4	—	38°,0
3 —	38°,5	Pas de salicylate.	39°,0
4 —	39°,2	6 gr. salicylate, vomis en totalité.	39°,7
5 —	38°,4	Salicylate supprimé.	39°,2
6 —	38°,0	—	39°,4
7 —	38°,4	—	39°,0
8 —	38°,3	—	38°,7
9 —	37°,5	—	38°,8

La fièvre abandonnée à elle-même depuis le 5, suit sa marche habituelle et la guérison s'opère sans complication.

Notons dans ce cas-ci la chute du thermomètre à 36°,5, le soir du 27 août après deux jours de traitement. La suspension d'un jour nous ramène dès le lendemain, 28 août à 39°2 le soir. A partir de cette date, la malade ne supporte plus la potion qui est vomie d'abord en partie, puis en totalité. Nous voyons l'effet antithermique se manifester proportionnellement à la dose absorbée et quand nous cessons l'administration du salicylate la température reprend son type ordinaire à maximum vespéral. Cette malade a présenté une intolérance pour le salicylate de soude que nous n'avons jamais rencontrée à ce point. Nous n'avions pas encore employé les lavements salicylés qui nous ont réussi dans d'autres cas. *(A suivre).*

DERMATOLOGIE

Faculté de médecine de Lille. — **M. H. LELOIR.**

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques

(Leçon d'ouverture du professeur, 6 novembre 1884) (1).

Messieurs,

Une connaissance exacte et profonde de la *dermatologie* n'est pas moins d'une nécessité journalière pour le médecin. Je n'ai pas à vous dire combien sont nombreuses et abondantes les maladies de la peau tant à la ville qu'à la campagne. Je n'ai pas à insister ici sur la gravité d'un grand nombre d'entre elles, gravité dépendant aussi bien de leur siège, de leur ténacité, des désordres considérables qu'elles peuvent produire, que de leur retentissement sur l'état moral et sur la santé générale du malade qui en est atteint.

Je ne vous citerai que quelques faits pris au hasard pour vous montrer de quelle importance est la connais-

(1) Voir *Progrès médical*, n° 52.

sance exacte, le diagnostic précis des maladies de la peau et pour vous montrer également combien fréquentes sont les erreurs de diagnostic et combien ces erreurs peuvent être préjudiciables au malade. 1er Exemple : s'il est une affection banale dans toute l'expression du terme et dont le diagnostic semble aux personnes ignorantes de la dermatologie, devoir être fait avec facilité, cette affection est à coup sûr la gale. Eh! bien, Messieurs, souvent vous verrez cette affection méconnue et traitée pour toute autre chose même par des médecins expérimentés. C'est ainsi que je fus consulté en 1881 par un porteur de la Banque de France atteint depuis deux ans d'une affection cutanée généralisée à presque tout le corps, sauf à la tête et au cou. Les membres de cet individu, son tronc, ses fesses étaient couverts de croûtes, de pustules d'ecthyma et même d'ulcérations. Depuis deux ans, ce malade avait consulté onze médecins. Les uns lui avaient dit qu'il était atteint d'eczéma ou de dartre; et alors, suivant leur inspiration particulière, l'avaient bourré ou d'arsenic ou d'alcalins, l'avaient accablé de bains d'amidon. D'autres, au contraire, et je me demande vraiment pourquoi, lui avaient dit qu'il était syphilitique, et, pour combattre cette vérole imaginaire, l'avaient bourré de mercure et d'iodure de potassium! Malgré ces traitements (qui, entre parenthèses, lui avaient coûté fort cher) l'affection de la peau allait toujours en augmentant. Le malade, par suite des démangeaisons atroces auxquelles il était en proie, goûtait à peine un repos de quelques heures lorsqu'il finissait par s'endormir le matin après une longue nuit d'insomnie. Enfin, ce qui l'étonnait encore, c'est que sa femme était dans le même état que lui. Je fis déshabiller complètement ce malade et, par suite de la localisation et de l'aspect particulier de son éruption, je vis bientôt que devais être en présence d'une vieille gale invétérée. Je finis par pouvoir poser ce diagnostic d'une façon absolue, lorsque après de longues et minutieuses recherches, j'eus découvert sur le talon gauche du sujet, un sillon des plus caractéristiques. Je prescrivis à ce malade ainsi qu'à sa femme le traitement ordinaire de la gale et quelque temps après, ils revenaient me voir complètement guéris.

Autre exemple : il est une affection grave toujours, terrible dans certains cas, par suite de la rapidité avec laquelle elle peut détruire des surfaces plus ou moins étendues de la peau et des muqueuses, de la face en particulier. Je veux parler du lupus et de sa forme rapidement destructive, le lupus vorax. Or, dans certains cas, il est arrivé, et tous les dermatologistes ont pu en voir des exemples, que de pareils lupus considérés par des médecins comme des syphilides, aient été traités uniquement par le traitement anti-syphilitique interne, ou que, dans d'autres cas, croyant avoir affaire à un simple impetigo de la face, ces mêmes médecins se soient bornés à appliquer sur ce lupus de vulgaires cataplasmes. Une pareille incurie devait amener des résultats déplorables : en quelques mois, en quelques semaines même, le nez et des portions étendues de la face se trouvaient détruits, rongés par d'affreuses ulcérations, laissant à leur suite des cicatrices horribles et indélébiles. Or, il est certain que si le lupus avait été reconnu et traité comme tel d'après les méthodes des scarifications linéaires, ou mieux des cautérisations linéaires, on aurait pu, au bout d'un temps relativement court, arrêter la marche de la lésion, la limiter, la guérir complètement avec des cicatrices peu accentuées eu égard à l'intensité du mal. Vous avez sous les yeux un bel exemple de ce que peut faire le traitement rationnel du lupus.

Dernier exemple : Quels ne seront pas les funestes résultats de l'ignorance du médecin traitant, s'il prend pour un pityriasis ou un eczéma sec le pityriasis alba parasitaire de la barbe chez l'homme, la teigne tondante chez l'enfant? Il en résultera pour l'individu, pour l'homme un sycosis phlegmoneux horrible de la face, ce sycosis phlegmoneux pouvait dans certains cas aller jusqu'à menacer la vie du malade. Pour l'entourage de ces individus, il en résultera des causes de contagion puissantes, et c'est ainsi par exemple, qu'une simple erreur de diagnostic aura pour résultat une épidémie de teigne dans toute une école ou asile de petits enfants. Or, ce diagnostic on devait le faire, il était certain, si on avait connu la trichophytie cutanée.

Pour terminer, je vous ferait remarquer, Messieurs, qu'il ne faut pas croire que ces diagnostics soient chose facile. Des médecins distingués hésitent et se trompent souvent, même dans certains cas où il s'agit uniquement d'une affection cutanée vulgaire. A coup sûr vous vous tromperez si vous n'avez pas vu de cas analogues, si vous n'avez pas encore entièrement étudié l'affection pour laquelle vous serez consulté.

Mais, Messieurs, et ceci vient élargir d'une façon considérable le champ de la Dermatologie, cette science ne se borne pas uniquement à l'étude de l'altération cutanée, au diagnostic des lésions élémentaires; *elle doit pousser plus loin et étudier, chercher la cause intime de la lésion cutanée.*

Vous savez que surtout, depuis notre immortel Bazin on divise les dermatoses en dermatoses de cause externe et en dermatoses de cause interne. 1° *Dermatoses de cause externe.* — Laissant de côté les dermatoses parasitaires proprement dites, la plupart de ces dermatoses proviennent de l'action irritante produite sur la peau par les circumfusa, les applicata, les vêtements, etc., etc. C'est vous dire que le dermatologiste doit en même temps être un hygiéniste, car dans ces cas les dermatoses sont secondaires à des modifications de l'hygiène dues à la profession du malade (gale des épiciers, des cimentiers, etc.) ou à toute autre cause. Ce groupe de dermatoses guérit en général rapidement quand on en a trouvé la cause déterminante. *Sublata causa tollitur effectus.*

2° Mais, Messieurs, très souvent la dermatose est de *cause interne.* Certes, et le fait est incontestable, et sa démonstration constitue l'un des principaux mérites du grand Hébra, certes la peau peut être atteinte d'une façon en quelque sorte autonome par la maladie, comme peut l'être tout viscère, tout organe de notre corps. Mais le plus souvent, ainsi que l'ont si bien montré Alibert, Rayer, Bazin et l'école française, si l'ont fouille avec soin tous les antécédents personnels ou héréditaires du malade, si l'on suit le sujet avec patience pendant des années, on constatera qu'il existe des rapports indéniables contre l'efflorescence cutanée et une altération héréditaire ou non, passagère ou chronique, accentuée ou légère de la santé générale du sujet. Vous voyez, Messieurs, que j'évite avec soin de prononcer le mot de diathèse pour ne pas désigner un peu à la légère pour notre époque des états mal définis de notre organisme, et ne pas me contenter simplement d'un mot.

Et cependant, quoi qu'en dise l'Ecole de Hebra, il est incontestable que souvent, très souvent, les affections de la peau sont en relation directe avec une diathèse. Laissant de côté la diathèse herpétique de Bazin qui s'est effondrée dans ces derniers temps (bien que n'étant peut-

être pas aussi nulle qu'on veut bien le dire), il est bien certain que dans bien des cas vous trouverez les éruptions cutanées en relation directe avec les diathèses arthritiques et goutteuses. Vous verrez souvent des poussées d'acné, de psoriasis, d'eczéma, précédant, coïncidant ou alternant avec d'autres manifestations de la diathèse arthritique et s'amendant comme celles-ci sous l'influence d'un traitement approprié. Vous verrez souvent des affections superficielles ou profondes de la peau et des muqueuses indiquer d'une façon certaine chez le sujet l'existence ou l'imminence de la diathèse scrofulo-tuberculeuse. Vous voyez, donc Messieurs, que l'étude de la Dermato-Syphiligraphie nous conduit fatalement à l'étude des grandes diathèses, la diathèse scrofulo-tuberculeuse, la diathèse arthritique, la diathèse syphilitique et enfin, si tant est que celles-ci existent, les diathèses herpétique et cancéreuse. Dans d'autres cas, les modifications produites dans l'économie par la glycosurie, par l'albuminurie ou par une intoxication aiguë ou chronique, chimique, tellurique ou autre (copahu, cubèbe, mercure, arsenic, ergot de seigle, alcool, paludisme, etc., etc.) se manifesteront du côté de la peau par des efflorescences particulières qu'il importe de connaitre. Souvent cette dermatose sera le premier signe qui attirera votre attention sur l'existence de telle ou telle diathèse, de telle ou telle intoxication. Souvent ce sera le premier cri entendu par le médecin ou le malade, de l'organisme en souffrance.

En résumé, Messieurs, je terminerai par cette phrase écrite en 1835 par le grand Rayer : « L'observation de chaque jour rend plus frappante cette vérité que l'étude des maladies de la peau ne peut être séparée de la pathologie générale et de celle des autres affections morbides avec lesquelles elles ont des rapports nombreux et variés. La connaissance de ces maladies entraine celle des infections générales, des vices héréditaires, des effets de régime, etc.; elle comprend celle des maladies qui les ont précédées, des lésions internes qui les accompagnent, l'appréciation des modifications organiques qui succèdent à certaines éruptions, la prévision des maladies qui peuvent survenir après leur disparition. Mais pour que ces vues générales acquièrent une utilité pratique, pour qu'elles puissent être appliquées avec fruit au traitement des affections cutanées, l'étendue de ces rapports et de ces influences, frappante dans certains cas, contestée ou tout à fait nulle dans d'autres, doit être étudiée et appréciée autant que possible dans les espèces et même dans les individualités morbides, avec toutes leurs conditions et tous leurs éléments. »

Vous voyez donc que la clinique dermatologique nécessite des connaissances étendues de pathologie générale, car, dans les dermatoses, il ne suffit pas de traiter localement la lésion élémentaire cutanée, mais encore et surtout il faut modifier l'état général du malade; en un mot, traiter la diathèse, l'infection, l'altération quelconque de l'organisme, sous peine non seulement de ne pas guérir la maladie de la peau, mais encore de laisser mourir son sujet.

Enfin, Messieurs, dans des circonstances fréquentes, ainsi que je l'ai montré et ainsi que cela a été souvent vérifié depuis, la peau doit être considérée comme le miroir du système nerveux, et souvent une lésion cutanée fera diagnostiquer une lésion nerveuse qui, sans elle, serait passée inaperçue ou n'aurait été reconnue que plus tard. Exemple : Des cas d'angine herpétique, de zona, de vitiligo, précédant et annonçant des affections nerveuses (tumeurs cérébrales, maux de Pott, paralysie générale, ataxie, etc.) dont elles n'étaient certainement que le premier symptôme, ainsi que vous pouvez vous en convaincre en lisant les observations relatives à ces faits.

Vous voyez donc, Messieurs, de quelle nécessité est l'étude de la dermato-syphiligraphie, tant à la pathologie générale qu'à la pathologie spéciale (nerveux, infantile, etc.).

Il n'est pas jusqu'à la médecine légale qui ne puisse, dans bien des cas, être aidée notablement par la dermato-syphiligraphie. Comme preuve de ceci, je ne vous citerai qu'un seul exemple dont j'ai été témoin : Il s'agit d'une petite fille de onze ans, qui, d'après le dire de ses parents et son propre dire, aurait été violée par un individu, qui fut confronté avec l'enfant en ma présence. Les parents de la jeune fille invoquaient surtout en faveur du viol par cet individu (viol qui aurait été consommé sept jours avant la confrontation), la présence d'un chancre infectant sur la grande lèvre de l'enfant et la présence d'une ulcération sur la verge de l'accusé. Or, l'enfant avait bien réellement un chancre infectant, mais l'accusé était atteint de chancre mou. Il était donc impossible d'admettre que le chancre simple de l'accusé fût la cause du chancre induré de l'enfant.

Messieurs, je viens de vous présenter la chaire et son but. Je veux maintenant, en quelques mots, vous exposer quel sera mon système d'enseignement. Cet enseignement sera surtout un enseignement clinique, car je suis clinicien avant tout. Je vous ferai donc étudier le plus de maladies de la peau possibles, en vous mettant sous les yeux le plus d'exemples possibles.

Or, comment devrez-vous procéder lorsque vous étudierez un malade atteint d'une affection cutanée? Je vais essayer de vous montrer la meilleure façon de procéder, selon moi, en examinant un malade devant vous. Remarquons avant de commencer qu'il est absolument nécessaire que le malade puisse être vu des pieds à la tête, sur toutes ses faces, pour qu'aucun centimètre carré de la surface cutanée ou muqueuse ne puisse échapper aux regards du médecin, car c'est là précisément peut-être que se trouve la signature de la maladie, la clef du diagnostic. Rappelez-vous donc bien ce fait au sujet duquel je pourrais vous citer de nombreuses anecdotes : la dermatologie n'aime pas les voiles.

Etudions donc ce malade :

I. — Je commence par étudier la modalité éruptive, c'est-à-dire la lésion élémentaire.

1° Etude de la lésion dans son aspect :
- A. — Aspect du début ;
- B. — Evolution et transformation.
- C. — Lésion élémentaire majeure. Y a-t-il ou non polymorphisme.

II. — L'ensemble des lésions élémentaires constitue l'éruption. Donc étude de l'éruption.

1° Dans son évolution.
- A. — Procède-t-elle par poussées. Est-elle successive ?
- B. — Ou au contraire évolue-t-elle d'une façon ininterrompue ?

2° Siège de l'éruption.
- A. — L'éruption est-elle symétrique ou non.
- B. — Quel est son siège de prédilection ?
- C. — Où va-t-elle le plus rarement; où ne va-t-elle pas ?
- D. — Est-elle généralisée ou localisée ?
- E. — Il faut toujours chercher s'il n'y a pas également éruption du côté des muqueuses, si l'exanthème n'est pas accompagné d'un énanthème ?

III. — Cette éruption s'accompagne-t-elle de phénomènes subjectifs locaux, et s'il y en a, quels sont-ils? et sont-ils les mêmes au début que dans le cours ou à la fin de la maladie ?

IV. — Cette éruption s'accompagne-t-elle de phénomènes généraux ? Dans ce cas nous ne sommes plus en présence d'une simple éruption, d'une simple efflorescence cutanée, mais bien en présence d'une maladie dont un des phénomènes extérieurs est l'efflorescence cutanée. La maladie se trouve alors constituée par l'ensemble des phénomènes généraux et locaux.

Puis nous étudions :

V. — Les anomalies de l'éruption ;

VI. — Son évolution ;

VII. — Sa durée ;

VIII. — Ses complications.

Une fois l'efflorescence ou la maladie de la peau étudiée et le diagnostic différentiel établi, si c'est nécessaire, on devra quelquefois, pour affirmer davantage le diagnostic, avoir recours à l'étude de l'anatomie pathologique de l'éruption (biopsie). Dans certains cas même, il sera nécessaire d'inoculer à des animaux des morceaux de tissus enlevés au malade et de faire des cultures et des inoculations des micro-organismes spécifiques contenus dans la peau du sujet. C'est ainsi que le diagnostic reposera alors sur une base scientifique et inébranlable. Il faudra en outre que vous suiviez de près les résultats obtenus dans le traitement de la maladie de la peau par l'emploi rationnel de la médication externe et interne, médication d'un maniement très difficile, très délicat, variant souvent avec chaque sujet et donnant souvent des résultats merveilleux. Ce traitement comprend : la thérapeutique interne, la médication externe et l'emploi de la chirurgie cutanée. C'est ainsi, Messieurs, que nous procéderons dans l'étude et le traitement du malade.

L'enseignement général découle de cette façon particulière de procéder. En un mot, nous étudierons des malades, toujours des malades et encore des malades. Comme, malheureusement, il est impossible d'avoir toujours sous la main toutes les variétés de la maladie que nous aurons à étudier, les admirables moulages de Baretta (dont vous venez de voir quelques spécimens) viendront nous aider notablement dans cet enseignement.

Avec le concours obligeant de mon maître et ami, notre respecté doyen, M. le professeur Wannebroucq, je suis en train d'installer comme annexe de notre clinique dermato-syphiligraphique, un musée constitué par des moulages et dessins de choix représentant des affections cutanées et syphilitiques. Grâce à ces reproductions, je pourrai vous montrer tous les cas types d'analogie ou de différence prochaine de la maladie, vous faire voir à tous ses degrés l'évolution d'une maladie de la peau, d'une lésion syphilitique ou autre. Ma collection particulière de moulages, dessins et photographies d'affections cutanées et syphilitiques, sera mise également à la disposition des élèves. Il en sera de même pour ma collection particulière de dessins et préparations d'anatomie pathologique.

Messieurs, les élèves qui le désireront, pourront venir s'exercer sous ma direction, dans le laboratoire affecté à cette clinique aux recherches d'anatomie pathologique des maladies cutanées et syphilitiques et à l'étude des parasites animaux et végétaux qui sont l'origine d'une foule d'affections cutanées. Ils pourront, en outre, s'initier à la pratique des inoculations expérimentales et des cultures mycologiques.

Enfin, Messieurs, en thérapeutique cutanée et syphilitique, plus peut-être que partout ailleurs, il faut parvenir à manier avec habileté et précision, une médication efficace, mais d'un emploi très difficile et des plus délicats. Pour y arriver, il faut voir traiter et traiter soi-même une grande quantité de malades.

Nous devrons donc augmenter nos ressources cliniques actuelles, car elles sont insuffisantes avec l'organisation de notre service hospitalier. Et d'autre part, Messieurs, l'humanité nous pousse à mettre en pratique cet axiome d'une nécessité si rigoureuse, qu'il faut traiter le plus de malades possible avec le moins d'argent possible. J'ai donc institué une *polyclinique* où les malades du dehors seront traités gratuitement par nous, et où vous pourrez, je l'espère, dans quelque temps, vous initier sur une grande échelle au traitement des maladies cutanées et syphilitiques par les applicata, la chirurgie cutanée et la médication interne.

Messieurs, avant de terminer, je veux vous dire que si vous désirez de plus amples éclaircissements sur ce que vous avez vu ; si quelques-uns d'entre vous, désirant pousser plus loin leurs études dermato-syphiligraphiques, avaient besoin de conseils ou de renseignements spéciaux, qu'ils n'hésitent pas à venir me trouver, je serai toujours à leur disposition. N'avons-nous pas tous le même but ? L'intérêt de l'humanité et de la science ? Donc, quand vous aurez besoin de moi, venez me voir. Et, Messieurs, si quelques-uns d'entre vous prenaient goût à l'étude des affections cutanées et syphilitiques, s'attachaient à des recherches et études spéciales, devenaient des dermatologistes, et faisaient briller par leurs travaux notre chère Faculté, ce serait certes la plus belle récompense de mes efforts.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Nouvelle série

Avec l'année 1885, la treizième du *Progrès médical*, nous commençons une *nouvelle série*. Le volume dont nous publions aujourd'hui le premier numéro, portera sur son titre : 1885, IIe SÉRIE, volume I. C'est là, d'ailleurs, une combinaison adoptée par tous les journaux qui parcourent une longue carrière. Elle permet aux nouveaux lecteurs, qui ne peuvent se procurer tous les anciens volumes, d'avoir cependant une collection répondant à une période déterminée.

Notre plan général reste le même. Nous ne voyons, pour le moment, aucune modification importante à y apporter. Ce plan doit être bon, si nous en jugeons par les imitations de quelques-uns de nos collègues de la presse et par les nombreux emprunts qui nous sont faits, sans indication de source, ce qui est une pratique regrettable que nous voyons se répandre de plus en plus, au grand détriment de la bonne réputation de la presse médicale française.

Comme par le passé, nous nous efforcerons de tenir le mieux possible nos lecteurs au courant des travaux publiés chaque jour, soit en France, soit à l'étranger. Nous continuerons à défendre les réformes capables d'élever le niveau scientifique de notre pays et de placer nos institutions médicales, scientifiques et hospitalières au premier rang. C'est, en effet, par le développement des établissements consacrés à l'enseignement, à tous ses degrés, et par la bonne organisation de tous les établissements consacrés à la bienfaisance, qu'il est possible d'apprécier le degré de civilisation d'un pays.

Nous n'insisterons pas sur les améliorations matérielles. Nous nous bornerons à rappeler l'attention de nos lecteurs sur le nombre de plus en plus grand de *figures* qui accompagnent les travaux que nous insérons, et qui font du *Progrès médical*, un véritable journal de médecine *illustré* (1). Les sacrifices que, de ce fait, s'impose le journal trouvent leur récompense dans l'accroissement de plus en plus considérable de nos lecteurs français et étrangers. Nous les remercions cordialement de leurs encouragements et c'est avec plaisir que nous prendrons toutes les mesures nécessaires afin de leur donner satisfaction et conserver leur confiance et leur sympathie.

Le chlorhydrate de kairine.

Les propriétés du chlorhydrate de kairine ont déjà fait le sujet de nombreuses recherches à l'étranger et surtout en Allemagne. Cette substance est fréquemment employée comme agent antipyrétique dans le traitement de la pneumonie, de la fièvre typhoïde, de la fièvre récurrente, etc.

Au commencement de cette année, MM. Brouardel et Paul Loye ont communiqué à la *Société de Biologie* les résultats de leurs études sur l'action physiologique de ce médicament. Ils ont montré par quel procédé cet agent abaisse la température du corps ; ils ont fait voir que la kairine agit sur le sang, qu'elle altère profondément la composition de l'hémoglobine, et qu'ainsi elle diminue la capacité respiratoire et les combustions organiques.

Au contact de la kairine, le sang prend immédiatement une couleur brun chocolat. Si l'on compare sa puissance d'absorption pour l'oxygène, avant et après l'introduction de la kairine, on constate des modifications considérables : le sang ne prend presque plus d'oxygène, et l'examen spectroscopique indique très nettement la destruction de l'hémoglobine.

Les travaux de MM. Brouardel et Paul Loye établissent donc avec la plus grande clarté le mode d'action de ce nouvel antipyrétique. Il restait cependant à faire l'histoire physiologique de ce médicament, à déterminer son influence sur la respiration, la circulation, la nutrition, etc. C'est cette histoire que M. Conscience, sur les indications de MM. Brouardel et Loye, vient de développer dans un récent travail qu'il a présenté comme thèse inaugurale (1).

On observe constamment chez les animaux kairinisés des troubles du rythme respiratoire. Mais la modification la plus importante porte sur les phénomènes intimes de la respiration, sur les actes chimiques. La production de l'acide carbonique diminue progressivement au fur et à mesure que la température s'abaisse à son tour. Mais, dès que l'action du médicament s'épuise, la quantité de gaz carbonique augmente et la température se relève.

Les variations de composition de l'urine sont encore plus remarquables, en ce qui concerne l'urée en particulier. On met un chien en état d'équilibre nutritif et on lui donne chaque jour 1 gramme de kairine. La quantité d'urée tombe régulièrement de jour en jour, dans les proportions 9, 4, 3, 2. On cesse alors l'administration de la kairine, la production d'urée remonte dans les termes 1, 2, 3, 4.

Tous ces phénomènes sont évidemment subordonnés à l'action de la kairine sur le sang : cette action explique également la cyanose des lèvres, le bleuissement des poumons, l'abondance de la salivation, la parésie, etc.

M. Conscience a joint à son travail, les résultats thérapeutiques obtenus par les médecins allemands. Des tracés indiquent l'influence de la kairine sur la température des diverses maladies. Mais les conclusions de l'auteur sont très sobres, relativement à l'emploi de ce médicament. Comme l'ont dit MM. Brouardel et Loye, nous ne connaissons guère de maladies dans lesquelles nous devons chercher à détruire les globules du sang et à restreindre le champ de l'hématose. L'application de la kairine comme agent antipyrétique serait donc presque toujours contre-indiquée (1). X.

(1) Le volume de 1882 contient 63 figures; celui de 1883, 85 figures et le dernier volume (1884) en renferme 151.

(2) A. Conscience. *Contribution à l'étude des propriétés du chlorhydrate de Kairine*, thèse de Paris.

(1) Nous publierons prochainement une revue sur les médicaments nouvellement préconisés, surtout à l'étranger, tels que la kairine, l'antipyrine, etc. (Note de la Réd.).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 22 septembre 1884.

M. Ckiandi-Bey recommande, à la suite d'études datant de vingt ans, le sulfure de carbone pour combattre le choléra et traiter les maladies microbiennes. Son emploi peut rendre de grands services : 1° Comme médication interne, soit en dissolution dans l'eau, soit sous forme de perles ; — 2° comme révulsif énergique ; — 3° comme désinfectant les déjections des cholériques, les vêtements, etc.

Séance du 29 septembre 1884.

M. Richet donne lecture du rapport sur diverses communications relatives au choléra. Il cite l'opinion de M. Netter (de Nancy) sur l'administration de torrents de boissons aux cholériques, celle de M. Alliot proposant le traitement par la pilocarpine, à cause des propriétés sédatives du Jaborandi.

M. Regnier adresse un rapport sur les conditions climatériques et l'état sanitaire actuel dans l'isthme de Panama.

P. R.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 27 décembre 1884.—Présidence de M. P. Bert.

M. de Varenne communique le résultat de ses recherches sur le *système nerveux des polypes hydraires*. On trouve dans les espèces marines qu'il a étudiées, au-dessous de l'ectoderme, un plexus à mailles assez larges, constitué par des cellules nerveuses le plus souvent polaires ou tripolaires. Ces cellules se relient les unes aux autres par leurs prolongements ou bien encore elles envoient un de ces prolongements à une cellule tactile et un autre aux fibrilles musculaires contractiles de l'ectoderme.

M. M. Duval donne les conclusions d'un mémoire qui paraît dans les *Annales des sciences naturelles*, sur la *formation du blastoderme des oiseaux*.

M. Chatin envoie une note sur les *parasites de l'aptéryx*.

M. d'Arsonval remet une note de M. Charpentier qui désire prendre date pour des expériences instituées pour rechercher l'action locale du chlorhydrate de cocaïne sur les circonvolutions cérébrales, et son influence sur les fonctions du cerveau.

M. Laborde rappelle que la priorité appartient à M. Franck, qui, dans une précédente séance, a communiqué à la Société les résultats intéressants qu'il avait déjà obtenus dans une semblable série d'expériences.

M. d'Arsonval complète la description de son *appareil calorimétrique* et fait voir comment il a pu se mettre en garde contre les principales causes d'erreur, et tout particulièrement contre les variations occasionnées par la pression barométrique, la température ambiante, et l'état de la surface du calorimètre où est enfermé l'animal. Il fait en outre la critique de certains faits apportés par M. Ch. Richet, particulièrement au point de vue des différences de protection du tégument externe dans la série animale.

M. Laborde présente un mémoire de M. Duquesnel sur la constitution chimique de la cocaïne, mémoire qui complète les études physiologiques qu'il a faites lui-même sur cet agent.

M. Gibier fait une nouvelle communication sur le *bubon chancreux*. — Sans apporter de faits nouveaux, il invoque l'autorité de Ricord, de Daniel-Mollière, de Diday et autres siphyliographes. S'il lui était permis d'émettre une théorie, il dirait que le chancre mou étant contagieux, le microbe qui l'occasionne est *aérobie*; que, lorsque ce microbe est renfermé dans le pus du bubon, il a besoin de l'air pour pulluler, ce qui fait que le bubon ne devient chancreux qu'après qu'il s'est écoulé un temps suffisant consécutif à l'ouverture pour que le microbe se soit trouvé dans de bonnes conditions de vitalité. Arrivant aux deux faits qu'il a produits et qui datent de 1883, il demande pourquoi M. Straus en a paru nier l'authenticité? C'est la deuxième fois que, dans cette Société, on attaque son honnêteté scientifique; une première fois, alors qu'il avançait que les animaux à sang froid contractaient le charbon lorsqu'on élevait leur température à 35°, on est venu lui dire que, plongée dans de l'eau à cette température la grenouille périssait infailliblement. Comment répondre à ces insinuations, alors surtout que lui-même est candidat au titre de membre de la Société.

M. le Président interrompt à deux reprises M. Gibier et après avoir déclaré qu'il ne saurait laisser se produire de semblables attaques surtout de la part d'un présentateur auquel la Société donne asile, il déclare que la discussion est close et que le travail de M. Gibier sera renvoyé au Comité de rédaction pour être inséré s'il y a lieu.

MM. Robin et Hénocque apportent respectivement quelques documents complémentaires sur la *spectroscopie du sang vivant* qui permettent d'espérer qu'une complète communauté de vues ne tardera pas à s'établir entre les deux observateurs.

— MM. Hanot et d'Arsonval sont nommés vice-présidents.

— MM. Henneguy, Larcher, Blanchard et Vignal, secrétaires annuels.

G. Gilles de la Tourette.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 30 décembre 1884 — Présidence de M. A. Guérin.

Élection d'un membre associé national. Sont présentés: en première ligne, M. Parise de Lille); en deuxième ligne, M. Tourdes (de Nancy; en troisième ligne, M. Desgranges (de Lyon). Votants: 56. Majorité: 29. Au premier tour de scrutin, M. Parise est élu par 45 voix, contre 10 voix données à M. Tourdes et 1 bulletin blanc.

Election d'un membre correspondant étranger. — Sont présentés: en première ligne, M. Deroubaix (de Bruxelles); en deuxième ligne, M. Krassowski (de Saint-Pétersbourg); en troisième ligne, M. Sayre (de New-York). — Votants: 55. Majorité: 28. Au premier tour de scrutin, M. Deroubaix est élu par 48 voix contre 7 données à M. Krassowski.

M. Blot lit un *rapport sur les vaccinations* pratiquées en France pendant l'année 1883.

M. Delens fait une communication sur le *traitement de l'hydarthrose par* les *injections phéniquées*. — M. Delens, dans huit cas d'hydarthrose, a pratiqué la ponction avec lavage phéniqué. La ponction se fait à la partie supérieure et externe du genou, et les injections sont renouvelées jusqu'à ce que le liquide injecté remonte parfaitement clair.

A. J.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 28 mars 1884. — Présidence de M. Cornil.

29 Tumeur mélanique développée sur un moignon d'énucléation de l'œil, généralisation; par M. Hartmann, interne des hôpitaux.

L..., 61 ans, journalier, entre le 22 avril 1883, dans le service de M. Terrier, à l'hôpital Bichat, salle Jarjavay, n° 5. Pas d'antécédents morbides personnels, à part deux attaques de coliques de plomb il y a 15 ou 16 ans.

Il y a un an, ce malade reçut, en travaillant comme carrier, un *éclat de pierre dans* l'*œil droit*, il entra pour ce traumatisme à Lariboisière, où on lui fit successivement deux opérations; la première, d'après ce qu'il raconte, paraît avoir été une iridectomie; dans la deuxième on énucléa l'œil. 15 jours après, il sortait guéri, reprenait son état et peu de temps après se mettait à porter un œil artificiel. Pendant 6 mois tout alla bien; à ce moment il commença à éprouver des douleurs sus-orbitaires violentes; en même temps survinrent des étourdissements de plus en plus forts. Vers la fin du mois d'août, il fut obligé de quitter son œil artificiel à cause des douleurs qu'il éprouvait à ce moment. Un mois après, en septembre, il constatait au niveau du moignon oculaire l'existence d'une tumeur qui depuis a grossi graduellement. Vers la fin du mois de février de cette année, survinrent des douleurs dans les membres inférieurs qui l'obligèrent à cesser son travail. Il fut traité à cette époque pendant 18 jours à l'hôpital de Meaux. Depuis ce moment il n'a plus travaillé à cause des douleurs qu'il éprouvait presque constamment dans les membres inférieurs et des étourdissements auxquels il était sujet. Enfin, depuis l'accident arrivé à l'œil droit, la vue s'est un peu troublée du côté gauche.

Le 17 mai, nous revenons des vacances et trouvons le malade dans l'état suivant: Au niveau de l'*orbite droit*, au lieu et place de l'œil, existe une *tumeur*. A première vue, on ne distingue pas la paupière inférieure; à sa place émerge de dessous la paupière supérieure un bourrelet rosé, offrant l'aspect d'une muqueuse chroniquement enflammée et un peu desséchée par son exposition à l'air libre. Avec un peu d'attention on reconnaît qu'il s'agit là du cul-de-sac inférieur de la conjonctive, ectropionné, saillant par suite du développement d'une tumeur à sa partie postérieure et d'une infiltration séreuse très marquée. En relevant la paupière supérieure, on aperçoit le moignon qui, au lieu d'être excavé comme l'est ordinairement un moignon d'énucléation, fait en avant une saillie assez régulièrement arrondie par suite du développement d'une tumeur à son niveau. Celle-ci remplit presque tout l'orifice antérieur de l'orbite: sa consistance est ferme mais un peu élastique. Elle est recouverte dans la portion saillante, dans l'orifice palpébral par une surface rosée d'apparence muqueuse. On ne peut la délimiter en arrière, car elle s'enfonce profondément, mais on peut passer l'extrémité du doigt entre l'orbite et la tumeur. Celle-ci semble faire partie intégrante du moignon: elle est du reste un peu mobile et exécute des mouvements associés lorsqu'on fait suivre le doigt avec l'œil gauche. Pas de développement des ganglions du cou ni du ganglion préauriculaire.

Le malade offre une apparence extérieure un peu cachectique. Il se plaint de douleurs très vives dans les membres inférieurs, comparables, dit-il, à des bouillonne-

ments; il lui semble qu'on le ronge intérieurement; ces douleurs sont surtout marquées au niveau des hanches et reviennent par crises.

Diagnostic : Tumeur maligne généralisée.

14 juin. Localement, on ne remarque pas grand changement, mais l'état général s'altère de plus en plus. Toujours les mêmes douleurs, de plus, de temps en temps, vomissements alimentaires. Subdelirium la nuit. Frottements pleuraux dans toute la hauteur des deux côtés.

1er août, mort. Depuis environ un mois le malade avait été se cachectisant de plus en plus; les douleurs dans les membres inférieurs étaient devenues continuelles. Constipation habituelle. Enfin état comateux pendant les derniers jours.

Autopsie. On extrait de l'orbite dont les parois sont saines une masse qui en occupe la plus grande partie. Cette masse, du volume d'une très grosse noix, a une forme générale arrondie avec quelques bosselures saillantes. Elle est exactement limitée du côté de la cavité orbitaire par la capsule de Ténon qui, amincie par places au niveau des bosselures, laisse apercevoir par transparence la coloration noirâtre de la tumeur. Une coupe horizontale, faite immédiatement au-dessus du nerf optique, montre que la tumeur dure par places, molle en d'autres, présente les colorations les plus diverses, les couleurs se mélangeant comme les teintes d'un nougat; le rose, le gris, le brun noirâtre et surtout le noir s'entremêlent pour lui donner une variété de teintes splendide. Il est impossible de délimiter le nerf optique qui aborde la partie postérieure et médiane de la tumeur, se confondant avec elle. Les muscles abordent la capsule de Ténon, s'y insèrent et ne peuvent par conséquent être nettement séparés à leur extrémité de la tumeur. En avant, celle-ci est limitée par une capsule fibreuse se continuant avec la capsule de Ténon et doublée d'une surface d'apparence muqueuse.

L'examen histologique de la tumeur a été fait par notre excellent ami et collègue Achard au laboratoire du collège de France. La structure varie suivant le point examiné. En certaines parties de la tumeur, en effet, on observe nettement les caractères du *sarcome fasciculé* : cellules fusiformes accolées, formant par leur réunion de véritables faisceaux ou des sortes de pelotons. En d'autres points, on trouve des cellules rondes ayant l'aspect des éléments embryonnaires, ou des cellules polyédriques, cellules entourées et séparées les unes des autres par un réseau délicat de substance intercellulaire à fines fibrilles. Enfin, par places, on a du carcinome véritable : stroma fibreux formant des alvéoles réguliers, en général volumineux et remplis par des cellules de forme très variée, qui sont isolées les unes des autres et renferment un ou plusieurs noyaux. Ces différences de structure s'observent en des points très voisins les uns des autres, sur les diverses parties d'une même coupe, sans qu'on puisse reconnaître aucun ordre régulier dans leur distribution.

Les faisceaux conjonctifs, qui traversent la tumeur et séparent ses différentes parties présentent un assez grand nombre de noyaux. Les vaisseaux sont peu nombreux et peu volumineux. Les cellules qui entrent dans la constitution de la tumeur, aussi bien les éléments fusiformes que les cellules rondes et polyédriques, et que les cellules irrégulières des parties nettement carcinomateuses, sont infiltrées de fines granulations sphériques ordinairement assez pâles, dont la coloration varie du jaune clair au brun foncé, ce n'est qu'en quelques points de la tumeur que l'on rencontre des granulations véritablement noires. Ces grains mélaniques sont très irrégulièrement répartis : peu nombreux dans certaines cellules, ils sont très abondants en d'autres, au point de masquer complètement les noyaux. On remarque, en outre, dans l'intérieur des alvéoles des amas arrondis de granulations semblables. Les faisceaux conjonctifs sont également infiltrés de granulations mélaniques, tantôt disséminées, tantôt agglomérées sous forme de petites traînées interposées aux faisceaux.

Pleurésie sèche des deux côtés ; adhérences faciles à détacher avec le doigt. A gauche, l'articulation sterno-claviculaire est malade, elle forme une cavité irrégulière, friable: du même côté les 3e, 4e et 5e côtes sont altérées dans leurs parties moyennes friables et semblent envahies par la dégénérescence cancéreuse. Plusieurs noyaux cancéreux blancs, superficiels dans les poumons ; ces noyaux, pour la plupart de la grandeur d'un très petit pois, se voient par transparence à travers la plèvre viscérale ; l'intérieur même des poumons n'en renferme pas.

Le foie contient de nombreux noyaux cancéreux, de consistance encéphaloïde de couleur blanc grisâtre, présentant une légère teinte rosée, de volume variant d'un pois à une noisette. Près du bord postérieur on trouve de gros noyaux de la grandeur d'un petit œuf de poule rougeâtre, hémorrhagiques. Tous ces noyaux sont irrégulièrement disséminés dans le parenchyme hépatique.

La rate est un peu augmentée de volume, contient plusieurs noyaux de consistance encéphaloïde, de couleur blanc rosé ; le plus gros atteint le volume d'une petite noix.

Les reins et l'estomac sont sains.

Rien du côté de l'appareil génital, si ce n'est, à droite, un petit noyau brunâtre faisant saillie à la face externe de l'albuginée, ne pénétrant pas dans la substance testiculaire même et ayant amené la production d'une hydrocèle de ce côté.

A la face antérieure de la colonne vertébrale, au niveau des dernières vertèbres lombaires et de la première sacrée, s'étendant un peu vers les parties latérales du bassin, particulièrement vers la fosse iliaque droite, on voit une grosse masse noirâtre, pulpeuse, qui, à la coupe, paraît d'un blanc grisâtre en quelques points, d'un brun foncé dans sa plus grande partie. Le corps des vertèbres correspondantes est détruit dans une assez grande étendue, friable, infiltré par cette substance. Le couteau pénètre facilement jusque dans le canal rachidien où la masse morbide s'étend. Cette tumeur, exposée sous un robinet d'eau, ne se décolore pas, excepté en quelques places où il ne reste qu'une masse spongieuse blanchâtre. Une coupe pratiquée immédiatement, par congélation, montre qu'elle est essentiellement constituée par une masse de cellules épithéliales, remplies de granulations pigmentaires, séparées par quelques faisceaux lumineux. L'encéphale est sain.

Réflexions : Nous avons cru devoir publier ce fait à cause de sa rareté. Si les tumeurs mélaniques de l'œil sont les plus fréquentes avec celles de la peau, celles développées au niveau d'un moignon d'énucléation n'ont guère été notées jusqu'ici. La tumeur s'est-elle développée aux dépens du nerf optique sectionné ? c'est possible ; mais cela ne nous paraît pas probable. Il nous semble beaucoup plus rationnel d'admettre qu'elle s'est développée aux dépens d'une petite portion de choroïde restée adhérente au moignon, ainsi que cela arrive quelquefois lorsque pendant l'énucléation l'œil est crevé. Les tumeurs mélaniques de la choroïde sont fréquentes; de plus, la situation, les rapports de la tumeur indiquaient de la façon la plus nette qu'il s'agissait d'un néoplasme développé au niveau du globe oculaire absent; les muscles s'inséraient sur la capsule fibreuse qui la limitait profondément et présentait en tout l'apparence de la capsule de Ténon.

Le traumatisme, si souvent noté comme cause des tumeurs mélaniques de l'œil, est ici des plus nets ; c'est d'abord un traumatisme accidentel, puis deux traumatismes opératoires qui sont suivis quelques mois après de la production de la tumeur, évoluant rapidement et s'accompagnant au bout de peu de temps de généralisation. Quant à la variété de tumeur observée ici, elle est en quelque sorte classique. C'est une de ces tumeurs mélaniques comme on en rencontre dans la choroïde et la peau, formes mixtes qui présentent à la fois les caractères du sarcome et ceux du carcinome, que Virchow a désignés sous le nom de sarcome carcinomateux (1), qui, pour M. Perrin, seraient des sarcomes mélaniques ayant subi à un moment de leur développement une transformation qui a rapproché leur

(1) Virchow. *Pathol. des tumeurs*, traduction française, 1869, t. II, p. 211.

structure de celle du carcinome (1) et que M. Robin considère au contraire comme des tumeurs épithéliales mélaniques, de véritables cancers tant au point de vue clinique qu'au point de vue histologique (2).

31. Tumeur mixte de l'ovaire. — Péritonite chronique. — Pleurésie double. — Ovariotomie, guérison; par H. Hartmann, interne des hôpitaux.

D..., âgée de 19 ans, boursière, est envoyée par M. Cornil pour se faire opérer d'une tumeur du ventre. Elle entre le 9 mai 1883 à l'hôpital Bichat, salle Chassaignac, lit n° 27. Cette malade raconte que, depuis deux ou trois mois, elle sentait une *tumeur* arrondie, grosse comme une noix, indolente et roulant sous le doigt, dans la *fosse iliaque* gauche. Cette tumeur avait augmenté peu à peu et avait atteint le volume d'un œuf, lorsque, le 19 avril de cette année, elle fut prise brusquement, d'anorexie, de diarrhée, de vomissements et de douleurs de ventre, accidents qui l'obligérent à s'aliter. Le lendemain, elle se fit admettre dans le service de M. Cornil; un mois après, elle est transférée dans celui de M. Terrier

Comme antécédents, rien de bien important à noter. Réglée à 14 ans sans accidents, menstruation régulière depuis cette époque. Depuis un an, leucorrhée assez abondante. A 12 ans, elle a eu un abcès froid à la base du cou, qui a laissé une cicatrice blanche, irrégulière. Sa mère est morte à 43 ans, phtisique (?), d'une maladie assez longue, avec toux et diarrhée. Elle a encore huit frères et sœurs, et son père, tous en bonne santé.

Etat actuel. L'œdème est anormalement développé, à peu près symétrique. Circonférence ombilicale : $0^m,81$ cent. Pas d'altération de la peau. Météorisme abdominal. A la palpation, on constate l'existence d'une tumeur arrondie, lisse, régulière, rénitente, offrant une fluctuation obscure, occupant la fosse iliaque gauche et l'hypogastre; la pression est douloureuse à ce niveau. Au toucher, l'utérus est remonté, et à droite, le cul-de-sac postérieur a disparu et est douloureux. Pas de troubles de la miction, ni de la défécation. Rien au cœur ni aux poumons. Nœvus pileux de la joue gauche; un autre nœvus se voit à la partie interne de la cuisse gauche. Etat anémique très prononcé.

Diagnostic. Kyste dermoïde de l'ovaire gauche. Traitement : glace, eau de Vichy.

20 mai. Le ventre est toujours tendu; il est douloureux spontanément et à la pression; de temps à autre, vomissements porracés.

23 mai. Diarrhée assez abondante.

26 mai. Les vomissements, qui se reproduisaient presque constamment à l'occasion des repas, ont été définitivement arrêtés par l'usage d'une solution de morphine au 1/50, dont la malade prenait six gouttes avant chaque repas. L'appétit revient un peu, les douleurs de ventre diminuent. Les urines sont rares (400 gr. par 24 heures), ne contiennent ni sucre ni albumine; l'état général reste toujours mauvais.

5 juin. La diarrhée a reparu à diverses reprises; l'état général semble cependant s'améliorer un peu. Quelques jours après, la malade demande à passer quelques mois à la campagne, et sort le 12 juin.

Chez elle, la santé est un peu revenue; elle s'était remise à manger, à se lever de temps en temps, lorsque, vers les premiers jours de juillet, elle fut prise d'un rhume; en toussant, elle constata un jour l'existence d'une hernie inguinale droite. Malgré son rhume, elle se maintenait à peu près bien, lorsque le 14 juillet, elle retomba malade, fut prise d'étouffement, de vomissements glaireux, de douleurs de ventre. Depuis cette époque, elle n'est jamais restée plus de deux jours sans avoir des vomissements; en même temps, elle avait une diarrhée presque continuelle. Vers le 10 septembre, le ventre, qui avait grossi jusque-là graduellement, se mit à augmenter plus rapidement de volume; la tuméfaction envahit la moitié supérieure de l'abdomen; gêne respiratoire, palpitations; à certains moments, sensation d'étouffements. La malade rentre salle Chassaignac, lit n° 5, le 25 septembre 1883.

A son entrée, on constate que le ventre est développé irrégulièrement, présentant des bosselures saillantes au niveau de la fosse iliaque gauche et de la partie latérale droite des régions épigastrique, ombilicale et de l'hypochondre droit. La peau est lisse. sans dilatation veineuse appréciable, la cicatrice ombilicale un peu déplissée. A la percussion, matité complète de la fosse iliaque gauche et de toute la moitié droite du ventre. La matité s'arrêtant à un travers de doigt à gauche de l'ombilic et, plus haut, empiétant un peu sur la partie gauche du ventre supérieurement, la matité se distingue de celle du foie par suite de l'interposition d'une zone étroite située immédiatement au niveau du rebord des fausses côtes et au-dessous, où l'on retrouve un peu de sonorité. Immédiatement au-dessus, on trouve la matité hépatique, qui remonte dans une étendue de trois travers de doigt, s'arrêtant à deux travers au-dessous du mamelon; sonorité à la partie la plus postérieure du flanc droit, sonorité du flanc gauche; une zone sonore s'avance obliquement en pointe de la partie gauche du ventre vers l'ombilic.

Au palper, on trouve une masse dure, arrondie, du volume d'une tête de fœtus à terme, occupant la fosse iliaque gauche, la moitié gauche de la région hypogastrique, dépassant même un peu la ligne médiane. Au-dessus et à droite, on trouve une deuxième tumeur volumineuse, arrondie, bilobée, élastique, occupant toute la moitié droite du ventre; cette deuxième tumeur s'étend même à gauche de la ligne médiane, dans une étendue de quatre travers de doigt; mais il semble qu'à ce niveau, pour y arriver, il faille déprimer une couche de liquide.

Par la percussion, on détermine une sensation de flot qui se transmet très nettement dans la plus grande partie du ventre, excepté au niveau de la tumeur de la fosse iliaque gauche; celle-ci paraît contenir plus de parties solides que le reste de la masse morbide, qui semble nettement polykystique. La circonférence ombilicale mesure 82 centimètres; de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure gauche, 19 centimètres : à l'épine iliaque antéro-supérieure droite, 17 centimètres; de l'appendice xiphoïde à l'ombilic, 18 centimètres; de l'ombilic au pubis, 18 centimètres.

Au toucher vaginal, le col est petit, bas, un peu sensible, presque immobile; on ne trouve rien dans les culs-de-sac. Petite hernie inguinale droite, descendant jusque dans la grande lèvre; les règles n'ont pas reparu depuis quatre mois. Leucorrhée. Pas de troubles de la miction, ni de la défécation. Diarrhée. La malade, qui, depuis trois mois, se plaint d'une petite toux sèche, est toujours gênée pour respirer, d'autant que les grandes inspirations, la toux provoquent souvent des douleurs abdominales assez vives. A l'examen du thorax, à droite, on constate tous les signes d'un épanchement pleural moyen (matité, disparition des vibrations thoraciques, souffle doux à la base, frottements à la partie supérieure, égophonie vers l'angle de l'omoplate, souffle anémique à la base du cœur; de temps à autre, vomissements alimentaires et glaireux; pas d'œdème des membres inférieurs. Amaigrissement, pâleur très marquée, anémie profonde; un peu de cyanose au niveau des ongles.

3 octobre. Œdème de la vulve, toujours de la diarrhée et de la gêne respiratoire. La plèvre gauche s'est prise à son tour (frottement, un peu de souffle à la base). La quantité des urines est de 500 grammes par 24 heures; il n'y a ni sucre ni albumine, $18^g,30$ d'urée par litre; soit par jour, $9^g,15$.

4 octobre. Vésicatoire à la base droite.

12 octobre. La malade se sent mieux; les vomissements se sont définitivement arrêtés à la suite de l'ingestion de pilules d'extrait de thébaïque (0,02 centig.) une demi-heure avant chacun des principaux repas. La cyanose des ongles

(1) *Dict. encycloped.*, 1re série, t. XVII, 1876, p. 36. Art. Choroïde.)

(2) *Dict. encycloped.*, 2e série, t. VI, 1873, p. 400. (Art. Mélanose).

a disparu. Aujourd'hui, douleurs assez vives au niveau de la partie supérieure gauche du ventre, au niveau de la zone sonore, qui s'avançait en pointe vers l'ombilic et paraissait correspondre à une anse intestinale adhérente. La température qui, le matin, est normale, monte le soir à 38°,2; 38°,4.

Le 12 *octobre*, elle s'élève à 39°. Le 13, 38°,3; 38°,2. Le 14, 37°,7; 37°,5. Le ventre offre toujours le même aspect, mais ses dimensions ont un peu augmenté : la circonférence ombilicale est de 89 centimètres; de l'ombilic au pubis, 18 centimètres; à l'appendice xiphoïde, 20 centimètres; à l'épine iliaque antéro-supérieure gauche, 18 centimètres; à l'épine iliaque antéro-supérieure droite, 20 centimètres. La zone sonore qu'on avait trouvée à gauche de l'ombilic a disparu; matité à ce niveau. Il y a toujours de l'épanchement dans les deux plèvres, surtout à droite.

Le 15 *octobre*, 37°,9; 38°,2.

16 *octobre*. — Ovariotomie par M. Terrier, assisté de MM. Berger, Championnière et Richelot. — Incision médiane étendue de l'ombilic à 6 centimètres du pubis. Plusieurs pinces sont placées sur des vaisseaux assez abondants; on arrive ainsi au tissu cellulaire sous-péritonéal, qui saigne beaucoup. A l'ouverture du péritoine, s'écoule un peu de sérosité ascitique teintée de sang par suite de la déchirure du grand épiploon, qui adhérait à la fois au kyste et à la paroi. On débride en bas avec des ciseaux mousses. Le grand épiploon, très adhérent à la masse polyhystique, est détaché, et l'on y place deux pinces en T. Une poche kystique, que l'on voit à la partie inférieure, est ponctionnée : c'est à peine s'il sort quelques gouttes de liquide. L'orifice de la ponction est obturé avec une petite éponge. L'incision est agrandie avec les ciseaux vers le haut, en passant directement à travers l'ombilic jusqu'à 10 centimètres de celui-ci. La tumeur est enclavée et immobilisée; dans les tentatives d'extration, un kyste à paroi mince se rompt. On place sur l'épiploon adhérent à la tumeur de nouvelles pinces en T. Le liquide du kyste rompu est épongé et évacué à l'aide de l'aspirateur et de la canule du trocart. Ne pouvant extraire par en haut la tumeur, qui remonte jusqu'au diaphragme, M. Terrier recherche le pédicule : celui-ci se trouve à droite et en bas de la première masse, ponctionnée sans succès. Deux pinces courbes sont placées successivement, et à une certaine distance l'une de l'autre, sur ce pédicule qu'on sectionne entre les deux pinces. La tumeur peut alors être retirée en bas et en dehors par sa partie inférieure, on sectionne encore quelques adhérences épiploïques et deux brides qui unissaient la tumeur à la face postérieure de l'utérus. Trois ligatures en soie et en chaîne sur le pédicule; trois ligatures au catgut sur l'épiploon, qui est largement réséqué; deux ligatures au catgut sur les brides qui unissaient l'utérus à la tumeur.

Toilette minutieuse répétée, suture des parois avec douze fils profonds, quatre fils superficiels. Pansement de Lister complet. L'opération a duré 50 minutes. Les anses intestinales étaient vascularisées, mais ne présentaient pas d'adhérence importante à la tumeur.

Examen de la tumeur. — La partie solide pèse 6,320 grammes; elle est formée de plusieurs lobes, dont deux principaux : un du volume d'une tête d'adulte, un autre encore plus volumineux, et dans l'angle de ces deux lobes, un autre plus petit, du volume et de la forme d'une rate. A la partie postéro-supérieure de la grosse tumeur, existe une cavité kystique; toutes ces tumeurs sont encapsulées. La capsule qui les entoure offre un aspect fibreux, est épaisse, résistante et se décortique assez facilement. Quant au tissu morbide lui-même, il se présente avec un aspect extérieur lobulé; les lobules atteignent quelquefois le volume d'un œuf. A la coupe, il semble constitué par un stroma fibreux circonscrivant des aréoles de dimensions variables. La tumeur est comme formée d'une foule de cavités kystiques, les unes du volume d'un pois et au-dessus, les autres plus petites, à peine visibles à l'œil nu. Les cavités les plus volumineuses sont généralement les plus superficielles. Toutes contiennent un liquide quelquefois un peu jaunâtre, d'autres fois blanc grisâtre, toujours visqueux, présentant le plus souvent l'aspect et la consistance du mucus nasal. La trame fibreuse donne à l'ensemble de la masse morbide une consistance assez ferme, par place même cartilaginiforme. La coloration générale de ces tumeurs est jaune par places ou blanc grisâtre; la plus grosse est rouge, et sur cette teinte rouge se détache un piqueté rouge foncé, comme hémorrhagique. Sur les portions d'épiploon réséquées, on trouve, principalement le long des vaisseaux, de petites granulations grisâtres, un peu plus larges qu'une tête d'épingle.

L'examen histologique de la tumeur a été fait par M. Malassez, qui nous a remis la note suivante : « Les cavités kystiques présentent un revêtement épithélial comparable à celui des muqueuses, cylindrique, caliciforme.... et il est des points où il est pavimenteux, mais sans couche cornée. Dans les parties solides, outre le tissu fibreux ordinaire, on rencontre les tissus les plus divers : perles épidermiques, nodules cartilagineux, dont quelques-uns calcifiés, tissu ostéoïde, lobules adipeux, faisceaux musculaires, etc. »

16 *octobre* soir. 37°,6; 136 puls., 38 respirat. Deux vomissements porracés dans la journée. La malade se trouve mieux qu'avant l'opération. Glace, champagne.

17 *octobre* matin. 38°,4; 128 puls., 36 respirat. Le soir, 38°,2; 122 puls., 34 respirat. Quelques douleurs abdominales légères; émission gazeuse par l'anus. Deux demi-piqûres de morphine dans la journée. Glace, champagne.

19 *octobre* matin. 38°,5; 122 puls., 32 respirat. Le soir, 38°,5; 122 puls., 30 resp. 1 piqûre de morphine. 4 verres de lait, champagne.

20 *octobre*. 38°,5; 122 puls., 32 resp. La malade urine seule. Pansement : on enlève 6 fils profonds et 3 superficiels. Le soir, 38°,4; 116 puls., 32 resp.

21 *octobre* matin. 38°,4; 110 puls., 28 respirat. Le soir, 37°,4; 118 puls., 31 resp. Rétention d'urine. Lait, œufs, potages.

22 *octobre* matin. 37°,4; 110 puls., 30 resp. Pansement : on enlève les 6 fils profonds et le fil superficiel qui restaient. Va bien, toute la plaie est réunie, la malade a très bon appétit, mange du filet, des potages. Le soir, 37°,5.

23 *octobre*. 36°,6, 37°,4. Appétit féroce.

24 *octobre*. 37°,3, 37°,1. Le soir, ne se sent pas très bien; petite indigestion.

25 *octobre*. 37°,7, 37°,8.

26 *octobre*. 37°,1, 38°,1.

27 *octobre*. 37°,1, 38°,1.

La malade se plaint d'insomnie; avant l'opération, elle ne pouvait dormir, dit-elle, à cause des douleurs abdominales et des sensations d'étouffement qu'elle éprouvait; aujourd'hui que ces douleurs et ces sensations sont passées, elle ne dort pas plus; cauchemars, sueurs nocturnes depuis l'opération. L'appétit, très vif il y a quelques jours, commence à diminuer : ce qu'on lui donne lui semble moins bon, le manger l'étouffe, dit-elle; elle a aujourd'hui un peu mal à la gorge et, de plus, elle accuse des douleurs au niveau de la partie latérale droite du cou.

28 *octobre*. 37°,7, 38°,1.

29 *octobre*. 37°,9, 38°,4.

30 *octobre*. 37°,6, 38°,5.

31 *octobre*. 37°,5, 38°,7.

1er *novembre*. 37°,6, 38°,4. La malade mange un peu, cependant elle reste très maigre, très anémiée; crampes d'estomac, toujours un peu de douleurs à la base droite du cou. Au niveau de la clavicule droite et dans la région clavi-pectorale, réseau veineux abondant, qui n'existe pas du côté opposé. A la palpation, on constate sous la partie inférieure du sterno-mastoïdien, du même côté, une masse du volume d'un œuf de pigeon, dure, douloureuse, placée au-devant et en dehors du paquet vasculo-nerveux du cou. Les épanchements pleuraux se sont résorbés; on entend des frottements des deux côtés; à la base droite, frottement parcheminé typique, douleurs au niveau de la fosse iliaque gauche, spontanées et à la pression. La leucorrhée que la malade avait avant l'opération a augmenté depuis celle-ci. Vésicatoire sur la fosse iliaque gauche. A partir de ce mo-

ment, la température est toujours restée la même : 37°,5 le matin, 38°,5 le soir.

4 *novembre*. Les sueurs nocturnes persistant toujours, on donne tous les jours un granule d'atropine. Formation probable d'un abcès au niveau du pédicule (tuméfaction douloureuse à son niveau).

13 *novembre*. Ouverture spontanée d'un abcès sur la ligne médiane, à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Drain de 12 cent. environ. Le lendemain, la température reste à 37°,5. Le 15, 37°, 37°,3. A partir de ce moment, la température a toujours été à peu près normale.

19 *novembre*. La vascularisation de la région clavi-pectorale a envahi le moignon de l'épaule; le membre supérieur correspondant est un peu œdématié ; dans l'aisselle, on sent un cordon dur, douloureux. phlegmatia.

11 *décembre*. Depuis un mois, l'état général s'est beaucoup amélioré ; le caractère a changé et est devenu gai. la malade renait ; il y a encore un peu de douleur à la pression du sommet de l'aisselle, mais la vascularisation a diminué, l'œdème du membre a disparu; un nouvel abcès en voie de formation, un peu à droite de la partie supérieure de la cicatrice, est ouvert aujourd'hui par une ponction au bistouri.

13 *décembre*. L'abcès s'ouvre spontanément au niveau de la cicatrice, un peu à droite de l'incision faite l'avant-veille.

25 *décembre*. Depuis huit jours, la malade se promène. Poids, 42 kil. 500.

3 *janvier*. L'abcès supérieur est fermé depuis quelque temps, celui qui vient du pédicule est en voie de cicatrisation. Suppression du drain.

20 *janvier*. Le ventre est souple et indolent dans sa totalité ; encore de la submatité des deux bases. Quelques frottements.

22 *janvier*. Exeat. Poids. 52 kil.

Réflexions. — Nous noterons dans cette observation : 1° La nature même de la tumeur; il s'agit là d'une tumeur mixte, d'une tumeur à la fois d'origine épithéliale et d'origine conjonctive, tout à fait analogue à celles qu'on a décrites dans le testicule. De plus, le revêtement épithélial lui-même présente des particularités ; par places, c'est l'épithélium qu'on rencontre ordinairement à la face interne des kystes ovariques, cellules cylindriques et caliciformes, revêtement de muqueuse, épithéliomes muquoïdes de M. Malassez ; en d'autres, c'est un revêtement d'épithélium pavimenteux, caractéristique des kystes dermoïdes, de telle sorte que si l'on voulait expliquer la production de ces kystes avec les théories actuelles, on serait forcé, ainsi que le dit M. Malassez, d'admettre dans les premières phases du développement, à la fois une involution du feuillet interne et une involution du feuillet externe du blastoderme, l'épithélium ovarique ne se rapprochant pas plus de l'une que de l'autre forme. Mieux vaut avouer notre ignorance. 2° Les abcès survenus pendant la convalescence. Sur les 16 ovariotomies, suivies de guérison, que nous avons vu opérer dans le service de notre cher maître, M. Terrier, pendant notre année d'internat chez lui, opérations faites toutes dans les mêmes conditions d'asepticité relative, nous avons observé deux fois ces abcès pendant la convalescence. soit au niveau du pédicule, soit au niveau des sutures. Dans les deux cas. il s'agissait de malades graves. presque cachectiques. atteintes de pleurésie, de péritonite chronique. de diarrhée.

Ces faits d'opérations, en quelque sorte en tous points analogues, mais différant par leurs conséquences, nous montrent une fois de plus la réalité de cette vieille vérité, que dans les mêmes conditions tel individu suppure alors que tel autre ne suppurera pas, et qu'à côté du microbe, nouveau venu qui semble aujourd'hui une cause nécessaire de la suppuration (1). il faut toujours placer l'individu ; celui-ci constituant un milieu favorable ou défavorable au développement de celui-là.

(1) Strauss. — *Gaz. hebdomad.*, 188?, p. 8?5 et 8?3 : *Revue de chirurgie*, t. IV., p. 143 — Cornil. — *Revue de chirurgie*. t. IV. p. 147.

REVUE DE CHIRURGIE

I. **Accouchement trigémellaire. Mort survenant quelques heures après la délivrance, sans cause appréciable** (*Revista de Medicina y Cirugia practicas*, 1881, n° 12, p. 377.)

II. **Gimnastica civil y militar**; par Dr Francisco Pedregal Rida. Madrid, 1884.

III. **La vérité sur la gymnastique. — Ce qu'elle doit être**; par A. Picquart. — Paris, 1885. J.-B. Baillière.

IV. **Plaies par peignes de filature**, par Dr Guermonprez, 1883.

V. **Hystérie et cancer de la mamelle. Extirpation de celle-ci. Guérison des deux maladies.** (*Annales de obstetricia, ginecopatia y Pediatria*, n° d'octobre 1884, p. 337.)

I. La *Revista de Medicina y Cirurgia practicas* publie, dans sa revue des journaux, le cas suivant, qui nous a paru intéressant à reproduire ici, en tant qu'exemple de deux faits rares : un accouchement triple, et une mort prompte suivant de près un travail exempt d'accidents. Il est regrettable qu'il soit fort peu détaillé et que l'autopsie n'ait pas été pratiquée ; telle quelle, néanmoins. cette relation nous semble bonne à enregistrer. En voici donc la traduction :

« Le Dr Lozano Caparro rend compte, dans la *Correspondencia medica*, de ce cas, plus remarquable encore par sa terminaison fatale et inexplicable, que parce qu'il s'agissait d'un accouchement trigémellaire. Le sujet de l'observation était une femme de trente-six ans, robuste, qui avait eu déjà deux ou trois couches heureuses et un avortement. Devenue enceinte de nouveau, elle arriva à terme, attirant l'attention par le volume du ventre et par les inégalités que l'on remarquait à sa surface, et ces particularités, jointes aux craintes que la malade éprouvait, firent soupçonner une grossesse multiple. Enfin, l'accouchement eut lieu sans aucun accident, et se termina par la naissance de trois petites filles parfaitement développées. La mère se montrait animée et contente, et la perte de sang avait été légère, lorsque tout à coup, au moment de mener à fin l'extraction du placenta, elle commence à répondre par monosyllabes, respire anxieusement, quoique sans dyspnée, s'agite sans avoir néanmoins de convulsions, est prise de vomissements, et dit qu'elle se meurt et veut se confesser. Les placentas sont extraits pour ainsi dire sans hémorrhagie, l'utérus se contracte et se réduit sans difficulté, mais la malade persiste à dire qu'elle se meurt. On lui demande ce qu'elle ressent, on essaie de la ranimer; elle répond toujours qu'elle se meurt, et effectivement, sans que de nouveaux symptômes se présentent, elle succombe peu d'heures après l'accouchement.

« Le Dr Lozano, ne peuvant attribuer la mort à l'hémorrhagie, qui fut minime, ni à l'éclampsie, ni à une rupture de l'utérus, ni à la septicémie, ni à l'anémie cérébrale par suite de l'évacuation rapide de l'abdomen, laisse l'interprétation de ce fait à la Société gynécologique. »

II. Il est fort utile pour le médecin d'être un peu au courant des divers exercices usités dans les gymnases, non seulement pour pouvoir diriger en connaissance de cause le choix de ces exercices dans les cas où la gymnastique est utilisée comme moyen thérapeutique, mais encore pour être à même d'apprécier les avantages et les inconvénients que peut présenter chacun d'eux pour les personnes qui cultivent la gymnastique dans un simple but de distraction hygiénique. A ce double titre, un traité de gymnastique, alors même qu'il ne comporte pas dans son cadre les applications médicales, mérite d'arrêter pendant quelques instants notre attention. C'est pourquoi nous venons aujourd'hui dire à nos lecteurs quelques mots de l'ouvrage du lieutenant Pedregal. Cet ouvrage est, à proprement parler, un guide à l'usage des professeurs de gymnastique. une sorte de théorie des exercices du gymnase, très clairement écrite et d'une allure toute militaire qui n'a d'ailleurs rien de déplaisant. L'auteur, rangeant sous trois chefs les divers travaux du gymnase, décrit successivement : 1° les exercices d'agilité sans instruments ; 2° les exercices d'agilité avec instruments ; 3° les exercices d'application. De nombreuses figures servent à rendre plus frappantes les indications données dans le texte. Une leçon spéciale est consacrée à la description et au mode d'emploi de la machine

Vignolles, qui, grâce à des dispositions fort ingénieuses, réunit dans un seul appareil peu encombrant d'assez nombreux engins, destinés à suppléer dans une certaine mesure à l'absence d'un gymnase régulièrement monté, et qui est surtout précieuse, dans ces conditions, pour les exercices gymnastiques des enfants et des jeunes filles. Les conditions que doit réunir le local d'un gymnase, la construction et l'entretien des appareils, le devis d'une installation gymnastique complète, le régime des exercices, les règles à observer, font le sujet d'autres paragraphes intéressants et complètent cet excellent petit traité, dont une seconde édition vient de sanctionner la valeur.

III. Convaincu des très grands bienfaits que l'on peut retirer de la gymnastique, et frappé, d'autre part, des lacunes considérables que présente l'enseignement de celle-ci, l'auteur étudie les moyens d'arriver à ce qu'il appelle la gymnastique vraie, c'est-à-dire à une gymnastique simple, scientifique et attrayante. Il établit à très juste raison une distinction formelle entre la gymnastique d'entraînement, qui doit être réservée pour les hommes jeunes et vigoureux, et la gymnastique hygiénique ou médicale, qui convient au plus grand nombre. Il veut des professeurs intelligents, instruits, capables, prudents, dévoués, pourvus d'un coup d'œil et d'un tact spécial, surtout quand ils doivent enseigner la gymnastique médicale. Il proteste sagement contre les exercices violents, excessifs ou dangereux, et contre les engins compliqués; il indique le choix des appareils qui doivent constituer un gymnase hygiénique et médical, et il en proscrit les trapèzes, anneaux, barres fixes, etc., qu'il n'admet guère que dans les gymnases d'entraînement et dans les gymnases militaires. Il étudie ensuite les exercices appropriés aux divers âges. Il réclame enfin, comme mesures à prendre pour arriver à la gymnastique vraie : « 1° l'obligation d'épreuves officielles très sérieuses, imposée à tous ceux qui font de la gymnastique leur profession : directeurs de gymnase, professeurs, moniteurs; 2° la création d'inspecteurs spéciaux partout; 3° la fondation d'une école normale spéciale de gymnastique, » créée en vue de l'enseignement civil, et différente, pour cette raison, de l'Ecole de Joinville, où l'on enseigne la gymnastique militaire. Il termine en émettant le vœu qu'une fois l'installation faite à la suite d'une entente entre l'édilité parisienne et le ministre de l'instruction publique, de jeunes médecins et des gymnastes prêtent le concours de leurs lumières et de leur expérience à cette utile fondation.

On peut ne pas admettre dans leur intégrité toutes les idées émises par M. Picquart au cours de cette intéressante brochure, mais on ne peut qu'applaudir à leur ensemble, et souhaiter avec lui que l'enseignement de la gymnastique soit promptement perfectionné dans le sens qu'il indique, soit par les moyens qu'il propose, soit par d'autres à trouver.

IV. Après avoir indiqué la rareté des blessures par peigneuses mécaniques comparativement aux autres traumatismes industriels, et avoir décrit sommairement l'agencement de ces machines, M. Guermonprez aborde l'étude des traumatismes auxquels elles peuvent donner lieu. Il range conventionnellement ces traumatismes sous trois chefs : 1° Plaies assez bénignes pour n'être pas incompatibles avec le travail professionnel; 2° délabrements assez profonds pour indiquer l'amputation; 3° plaies d'une gravité intermédiaire, pour lesquelles la conduite du chirurgien est toujours sujette à discussion.

Les pointes des peignes agissent comme des instruments à la fois tranchants et contondants, produisant des séries de plaies parallèles plus ou moins rapprochées, suivant l'écartement des dents des peignes qui ont atteint le blessé. A ces désordres de gravité très variable s'ajoutent des plaies par ratissage; enfin, ces blessures sont presque fatalement compliquées de la présence de corps étrangers, lesquels ne sont autres que les dents des peignes brisées dans l'épaisseur des tissus en nombre parfois très considérable. Ces corps étrangers doivent être enlevés autant que possible au moment du premier pansement; il n'y a pas, cependant, lieu de s'inquiéter si l'on en laisse, volontairement ou non, une plus ou moins grande quantité dans la plaie; leur présence est d'ordinaire très bien tolérée, et leur extraction devient facile après la période inflammatoire. — Dans les plaies d'importance discutable, l'auteur se montre résolûment partisan de la conservation, et il ne considère pas la dénudation des tendons, le ratissage de la peau, du tissu graisseux sous-cutané et même d'une portion des couches musculaires, non plus que la présence des pointes d'acier brisées dans la plaie, comme des accidents suffisant à constituer la véritable indication d'amputer. « Le résultat final est évidemment la base de l'appréciation », relativement au choix à faire entre la conservation et l'intervention active. Dans les plaies graves, c'est l'importance des désordres osseux et articulaires qui fournit l'indication de l'amputation, surtout si la blessure est compliquée de la présence de nombreux corps étrangers profondément fixés.

Un certain nombre de figures sont intercalées dans le texte de cet intéressant travail, les unes pour faire comprendre la disposition des machines à peigner, les autres pour montrer certaines particularités des lésions qu'elles produisent ou encore les résultats du traitement dans quelques cas particuliers.

V. « M. Aguilar Lara rend compte, dans la *Cronica medica* (de Valence), du fait intéressant qui suit : Il s'agissait d'une religieuse de 28 ans, de tempérament nerveux et de bonne constitution, qui souffrait depuis quatre ans d'une hystérie parfaitement caractérisée, non seulement par des troubles de la sensibilité et du mouvement, mais aussi par des désordres intellectuels, hallucinations et illusions, qui arrivèrent à un tel degré qu'il y fut nécessaire d'empêcher la malade d'assister aux offices et même parfois de se présenter à confesse.

Tel était l'état de la malade, lorsque M. Aguilar la vit; les traitements nombreux et variés qui avaient été mis en œuvre étaient restés impuissants à modifier sa situation. M. Aguilar ne fut pas plus heureux avec les moyens auxquels il eut recours, et son attention était de jour en jour plus attirée par cette résistance de la maladie a la thérapeutique et par la régularité fonctionnelle de l'utérus, jusqu'au moment où, la malade se plaignant d'une douleur qui se circonscrivait plus particulièrement au sein gauche, il soupçonna un néoplasme de ce côté. Il y trouva en effet une tumeur cancéreuse de forme squirrheuse avec tous ses caractères, tumeur qui, indubitablement, entretenait l'hystérie rebelle par laquelle la malade était si gravement tourmentée.

L'opération fut proposée et exécutée avec un heureux résultat, car on vit disparaître à la suite l'hystérie, qu'avait indubitablement provoquée la production néoplasique. »

Dr Ch. H. PETIT-VENDOL.

BIBLIOGRAPHIE

Wiesen as a health resort; par le Dr WISE. London, 1883. Baillière, Tindall et Cie.

Wiesen est une station hivernale des Alpes suisses voisine de Davos. L'auteur se livre à une étude climatologique de Wiesen et donne également quelques notes météorologiques sur Davos et St-Moritz. C'est une sorte de guide médical à l'usage des malades autant que des médecins, un manuel plutôt qu'un livre, où les questions ne sont qu'effleurées sans être traitées à fond. Pour notre part, nous aurions désiré une description plus serrée et plus scientifique.

J. C.

Du cancer précoce de l'estomac; par le Dr MARC MATHIEU. (Thèse de Lyon, 1884). — J.-B. Baillière, éditeur.

A l'occasion de deux cas observés dans le service de M. Bard sur des sujets de moins de 30 ans, l'auteur se livre à une étude critique de toutes les observations semblables qu'il a pu recueillir dans la littérature médicale. Il cherche a établir que le cancer stomacal des *jeunes* diffère cliniquement du cancer des *vieux*. Il serait plus grave par la rapi-

dité de sa marche, par la violence de ses symptômes : il serait fréquemment méconnnu à cause de cette accentuation symptomatique et à cause de l'âge des malades. J. C.

CHAMBRE DES DÉPUTÉS.

Séance du 15 décembre. — PRÉSIDENCE DE M. FLOQUET.

Limite d'âge des professeurs de l'Enseignement Supérieur.

M. le PRÉSIDENT. — La parole est à M. Bourneville pour une autre question. (Aux voix ! aux voix !). Je ne peux pas demander un vote en ce moment, puisque c'est sur l'ensemble du chapitre que nous devons voter et que M. Bourneville a une question à poser sur un autre point de ce chapitre. Il ne s'agit plus de la question des facultés de théologie ; la discussion est close sur ce point.

M. BOURNEVILLE. — Messieurs, je désire présenter quelques brèves observations au sujet de l'enseignement supérieur, et, surtout au sujet du personnel enseignant.

Tous les ans, depuis une dizaine d'années, à l'occasion d'un travail spécial, il m'a été donné de remarquer que, au commencement de l'année scolaire, le personnel de nos écoles préparatoires de médecine était souvent incomplet, qu'il existait des vacances, que ces vacances, souvent nombreuses, remontaient, non pas à quelques semaines, mais à un temps éloigné, quelquefois même à des années.

En examinant le programme des facultés de province, des facultés des sciences, des lettres ou de médecine, il m'a été donné également de remarquer qu'un certain nombre, un nombre trop considérable de chaires demeuraient vacantes pendant des semaines et même pendant des années. A Montpellier et aussi à Nancy plusieurs chaires sont vacantes depuis plus d'un an. A Lille, et il en est de même à Nancy, plusieurs chaires sont confiées à des chargés de cours. Il me semble que le temps est venu de titulariser ces professeurs, s'ils se sont bien acquittés de la mission que le gouvernement leur a confiée, s'ils ont donné un enseignement convenable, s'il a été apprécié ; si, au contraire, ces chargés de cours se sont montrés insuffisants, s'ils ont fait un cours médiocre, il est du devoir de M. le ministre de l'instruction publique de les remplacer et de confier cette mission à d'autres plus capables. Je pense, messieurs, que vous serez d'accord, avec nous pour demander à M. le ministre de l'instruction publique de vouloir bien prendre les mesures nécessaires afin que, au commencement de chaque année scolaire, le personnel de nos écoles préparatoires, de nos facultés des sciences, des lettres et de médecine, soit au complet. (Très bien ! très bien ! à gauche.)

J'ai une seconde observation à présenter ; elle touche à un point beaucoup plus délicat : Il s'agit de la limite d'âge du personnel des établissements d'enseignement supérieur. Alors que dans la plupart des branches de l'administration, les fonctionnaires sont astreints à une limite d'âge ; alors que, à Paris, par exemple, le corps médical et chirurgical des hôpitaux est astreint à une limite d'âge fixée à 65 ans pour les médecins et à 63 ans pour les chirurgiens, les professeurs de cliniques appartenant à la Faculté, qui ont non seulement un service hospitalier à faire, mais qui, de plus, doivent donner un enseignement pénible, laborieux, qui dure de huit à neuf mois, peuvent rester éternellement dans leurs chaires ; cette anomalie est d'autant plus incompréhensible que les premiers, qui ont moins de besogne, sont soumis à la retraite.

Si l'on jette un coup d'œil sur l'ensemble du personnel enseignant, des établissements d'enseignement supérieur, soit à Paris, soit en province dans les facultés des sciences, des lettres ou de médecine, on s'aperçoit qu'un grand nombre de professeurs ont de 70 à 98 ans. (Interruptions).

Quelques membres. — M. Chevreul par exemple.

M. BOURNEVILLE. — Comment ces professeurs âgés s'acquittent-ils de leurs cours ? Les uns se font suppléer, ce sont les plus sages, les plus prudents ; d'autres, plus habiles tout en se faisant suppléer et afin d'atténuer dans une certaine mesure le mauvais effet de suppléances trop fréquentes, annoncent des cours portant sur une petite partie de leur enseignement. Le doyen et le public sont ainsi avertis. Les cours commencent ; deux, trois leçons sont faites, puis le professeur disparaît ; ceux qui agissent ainsi sont les habiles.

D'autres professeurs âgés continuent à faire leurs cours, ils le font même d'une façon régulière ; mais si l'on examine comment ils s'en acquittent, si l'on suit leur enseignement avec un peu de soin, on constate qu'il est généralement caduc, nullement à la hauteur de ce qui se fait partout ailleurs, que leur laboratoire ne fonctionne pas ou qu'il fonctionne mal. Ensuite, si l'on compare leur enseignement avec l'enseignement similaire qui se donne dans les facultés de province, on reconnaît souvent que les professeurs de province se tiennent parfaitement au courant de la science et que leurs cours sont même supérieurs à ceux de la Sorbonne ou des autres facultés de Paris.

Maintenant si vous comparez cette partie de l'enseignement, non plus avec la province, mais avec les universités étrangères, vous arrivez à des constatations encore plus pénibles, encore plus déplorables pour notre amour-propre de Français et tout à fait au détriment de notre pays.

Il ne s'agit pas de cas exceptionnels : je me suis livré à quelques recherches, et la statistique que j'ai dressée, quelque imparfaite qu'elle soit, mérite d'appeler votre attention. Je vous demande la permission de citer quelques chiffres. (Bruit.)

Au Collège de France, il y a un professeur âgé de 80 ans, un de 75 ans, un de 73, deux de 67 et un de 65. A Montpellier, il y a un professeur de 78 ans, un de 76, un de 73, un de 71, un de 69 et un de 68. — A la Faculté de médecine de Paris il y a un professeur âgé de 78 ans. (Interruptions.)

M. LENIENT. — C'était M. Patin, qui était encore fort jeune d'esprit.

M. BOURNEVILLE... un de 75 ans, un de 74, un de 73, deux de 68. — A la Sorbonne, il y a un professeur de 84 ans, un de 73 ans, deux de 72 ans, un de 71 ans. Je ne parle pas du Muséum, vous y trouverez également des professeurs d'un âge non moins respectable.

Cette statistique, je le répète, est absolument incomplète : Je n'ai pu me procurer tous les renseignements dont j'aurais eu besoin ; mais, telle qu'elle est, elle montre qu'il est absolument nécessaire que M. le ministre de l'instruction publique prenne des mesures énergiques. Il a, par conséquent, le devoir de se renseigner et de rechercher comment les professeurs âgés font leurs cours : il doit voir si ces cours sont à la hauteur de l'enseignement qu'on est en droit d'exiger d'eux. Il fera bien pour se renseigner, de ne pas confier cette mission à des inspecteurs généraux qui, très âgés eux-mêmes, devraient être les premiers mis à la retraite et depuis bien longtemps.

Ce n'est pas la première fois, du reste, Messieurs, que cette question est posée devant vous. En 1882, notre honorable collègue, M. Durand, aujourd'hui sous-secrétaire d'Etat au ministère de l'instruction publique, signalait la nécessité d'une réforme en termes très pressants. L'année dernière, M. Jules Roche revenait également sur la question et rapportait les paroles mêmes de M. Durand. Enfin, cette année, M. le rapporteur, lui aussi, revient sur la question, et je vous demande la permission d'indiquer en quels termes. Voici un extrait de son rapport :

« Nous terminerons ce que nous avons à dire, sur ce chapitre, en renouvelant une observation sur laquelle, depuis plusieurs années, vos commissions du budget insistent vainement. Un décret a été rendu attribuant à la commission permanente du conseil supérieur le droit de statuer sur les mises à la retraite des professeurs de facultés. Mais ce décret est resté lettre morte. Il en résulte que des professeurs qui ont droit, sans doute à tous les respects pour les services rendus, mais affaiblis par l'âge et ne pouvant plus suffire à leur tâche, sont maintenus dans nos facultés au grand détriment de ceux qui voudraient suivre les cours dont ils sont chargés. » M. Dubost conclut en disant : « La commission exprime le vœu que ce décret soit enfin appliqué. » (Très bien ! à gauche).

Si l'on compare le discours de M. le rapporteur de cette année avec le passage du rapport que M. Durand écrivait en 1882, on voit qu'il y a en quelque sorte une atténuation ; M. Durand était beaucoup plus pressant. Ce décret, messieurs, est illusoire ; pour vous en convaincre, je vous demande la permission de lire seulement le premier article. (Bruits et réclamations au centre. — Parlez ! parlez ! à gauche).

« Art. 1er. — Les professeurs titulaires des facultés, des écoles supérieures, de plein exercice et préparatoires, de lycées et collèges, qui réunissent les conditions légales pour être admis à la retraite, ne peuvent être admis que sur leur demande ou après que le ministre a pris l'avis de la section permanente du conseil supérieur de l'instruction publique. Les délibérations de la section, dans les affaires de cet ordre, ne sont valables que si la moitié plns un des membres sont présents. »

Ce décret est absolument illusoire : cette appréciation n'est pas seulement la mienne, c'est aussi celle de M. Jules Roche. Je ne vous citerai pas ce que notre honorable collègue disait l'année dernière, puisque les citations ne vous plaisent pas ; il se montrait non moins pressant que moi cette année ; il demandaitt une réforme urgente.

Ce décret est illusoire parce que les mises à la retraite ne peuvent être faites que sur la demande des professeurs. Combien parmi eux ont demandé leur mise à la retraite ? Pour mon compte, je n'en connais qu'un seul, à la faculté de médecine de Paris. Son exemple, que je sache, n'a pas été contagieux. D'autres professeurs, très vieux, sont restés dans leur chaire et l'occupent comme je viens de le dire.

Ce décret dit bien que la mise à la retraite peut aussi être provoquée par M. le Ministre de l'instruction publique, mais après avis de la section permanente du Conseil supérieur. Or, si l'on

examine comment est composée cette section, on y voit plusieurs membres très agés; si vous leur demandez de se prononcer sur la mise à la retraite de collègues quelquefois moins âgés, c'est trop exiger d'eux, c'est se faire une véritable illusion. (Mouvements divers).

Messieurs, je termine en vous demandant de bien vouloir inviter M. le Ministre à prendre les mesures nécessaires pour que : 1° tous les professeurs actuels de l'enseignement soient mis à la retraite à l'âge de 70 ans ; 2° que tous les professeurs qui auront atteint l'âge de 70 ans à la date du 31 décembre 1884 soient mis à la retraite dans le courant de l'année 1885.

Enfin, en troisième lieu, je demande à M. le Ministre de bien vouloir examiner s'il n'y aurait pas de grands avantages à fixer à soixante-cinq ans la mise à la retraite des professeurs qui seront nommés à partir du 1er janvier 1885.

En prenant ces mesures, j'ai la conviction intime que M. le Ministre rendra un grand service à l'enseignement supérieur. (Très bien! très bien! sur plusieurs bancs à gauche.)

M. LE PRÉSIDENT. — La parole est à M. le Ministre.

M. LE MINISTRE DE L'INSTRUTION PUBLIQUE. — Notre honorable collègue, M. Bourneville, a attiré l'attention de la Chambre sur un point qui, en effet, mérite tout son intérêt. Il m'a demandé pourquoi, au commencement de l'année classique, le personnel était incomplet dans certaines Facultés, dans certaines Ecoles ; pourquoi plusieurs chaires restaient vacantes pendant un délai trop long à son gré.

Je réponds tout de suite à l'honorable M. Bourneville qu'il n'y a pas de parti pris de notre part et que les circonstances seules rendent le personnel incomplet. Nous faisons toujours la plus grande diligence pour que les cours et conférences soient régulièrement ouverts au début de l'année scolaire, dans les Facultés et dans les Ecoles ; mais il arrive souvent, trop souvent même, que notre bonne volonté est tenue en échec. Il ne suffit pas, en effet, qu'un professeur soit chargé de faire un cours ou des conférences pendant quelque temps pour qu'il soit plus tard titularisé. Je ne veux pas dire qu'on les place à l'essai dans ces situations, mais il arrive tous les jours qu'on se trompe sur les aptitudes du professeur, du chargé de cours et qu'il est quelquefois obligé de renoncer de lui-même à continuer ses cours ou ses conférences.

Quant à nous, je le répète, nous nous appliquons autant que possible à ne pas laisser les chaires vacantes. N'avons-nous pas, d'ailleurs, le plus grand intérêt à n'y envoyer que des professeurs véritablement capables de donner à la jeunesse française les leçons qu'elle attend d'eux?

En ce qui concerne la limite d'âge, la question est plus délicate, et il est peut-être plus difficile de se mettre d'accord sur une règle générale.

Il suffit d'être entré quelquefois dans une de nos salles de facultés pour y avoir vu un homme à cheveux blancs entouré d'une jeunesse nombreuse et recueillie. Quel est au juste l'âge de ce professeur? Je n'en sais rien. C'est un professeur qui a la confiance de tout le monde, et surtout qui a la confiance des élèves qui suivent son cours. Il joint à la vigueur du corps la virilité de l'esprit ; il est quelquefois de ceux qui ont été et qui sont restés l'honneur de notre corps enseignant. Dans ces conditions, le devoir du ministre est de le conserver. D'un autre côté, s'il se rencontre des professeurs que l'age a affaiblis, il est certain que nous devons intervenir lorsque le professeur lui-même n'a pas pris les devants. C'est heureusement une rare exception.

En 1882, on a rendu un décret dont M. Bourneville a lu quelques passages, et ce décret qui donne au ministre la faculté de provoquer la mise à la retraite d'un professeur, après avoir pris l'avis de la section permanente du conseil supérieur. Si M. Bourneville connaissait les hommes qui la composent, il n'aurait aucun doute sur l'indépendance de leur esprit et de leur jugement, et il serait le premier à rendre hommage aux soins qu'ils apportent à défendre les intérêts de l'enseignement public. Elle nous rend tous les jours trop de services pour que j'aie à la défendre devant vous.

M. Bourneville a dit aussi que le décret rendu en 1882 était inefficace. L'honorable membre se trompe encore sur ce point. Il suffit, en effet, de comparer deux époques, les années qui ont précédé le décret de 1882, et celles qui l'ont suivi. De 1880 à 1882, le ministre de l'instruction publique n'a mis à la retraite que 11 professeurs ; depuis le 4 novembre 1882 jusqu'au 4 novembre 1884, il en a mis 23, un peu plus du double.

Soyez convaincus, messieurs, que l'enseignement public ne périclitera pas, et, s'il faut dans une certaine mesure tenir compte des droits acquis, il y a quelque chose qui prime tout, c'est l'intérêt de la science et l'intérêt du pays. (Très bien ! très bien ! — Aux voix ! aux voix !)

—La question de la limite d'age est posée. C'est aux journaux qui ont quelque souci des intérêts de l'enseignement supérieur, qui doivent primer les intérêts personnels, quelque respectables qu'ils soient, à nous aider. Nous n'avons pu, en raison de la hate apportée à la discussion du budget, répondre à M. le Ministre. Il nous aurait été facile de lui dire que de tous les professeurs que nous indiquions appartenant à la Sorbonne, au Collège de France, à la Faculté de médecine, au Muséum, un seul, M. Gosselin, avait demandé sa mise à la retraite. Nous ne laisserons pas dormir cette question et nous y reviendrons dès que nous auront recueilli de nouveaux renseignements.

VARIA

Le choléra à Saint-Denis.

Nous avons annoncé dans le dernier numero que le choléra avait fait son apparition au dépôt de mendicité de Saint-Denis. Cette petite épidémie parait arrêtée aujourd'hui, il y a eu 24 cas et 19 décès. Il s'agit de vieillards, mal nourris, misérables, épaves humaines ramassees sur le pave de Paris. De plus, le dépôt de mendicité serait dans des conditions hygiéniques déplorables.

Asiles d'aliénés de la Seine.

Par arrêté ministériel en date du 20 decembre 1884, M. le Dr TAULE, inspecteur des Enfants-Assistés, a été nommé directeur de l'Asile Clinique (Ste-Anne).— M. A. BARROUX, ancien interne des Asiles de la Seine, directeur de l'Asile de Villejuif ; — M. le Dr BRIAND, ancien interne des Asiles, médaille d'or, concours 1882, médecin-adjoint de l'Asile Clinique, est passé comme médecin en chef à l'Asile de Villejuif.

Nous croyons que l'Administration a fait de bons choix ; que MM. Taule et Barroux, républicains, s'inspireront des idées du Conseil général et qu'ils contribueront, par leur bonne administration, à faire de leurs Asiles de véritables Asiles modèles. Les travaux publiés par M. le Dr Briand nous sont un sûr garant qu'il profitera des richesses cliniques dont il va disposer et que chaque année il enrichira la science mentale de travaux intéressants.

Faculté de médecine de Paris.

Deuxième trimestre de l'année scolaire 1884-85. *Inscriptions; consignations.* — *Inscriptions :* Le registre d'inscriptions sera ouvert le mercredi 4 janvier. Il sera clos le samedi 24 janvier, à 3 heures. Les inscriptions seront délivrées dans l'ordre ci-après, de midi à 3 heures de l'après-midi : 1° Inscriptions de première et de deuxième années de doctorat et de première année d'officiat, les mercredi 7, jeudi 8, vendredi 9, samedi 10, mercredi 15, jeudi 15 et vendredi 16 janvier ; 2° Inscriptions de troisième et quatrième années de doctorat, deuxième, troisième et quatrième années d'officiat, le samedi 17, mercredi 21, jeudi 22, vendredi 23 et samedi 24 janvier. La 14e inscription ne sera point délivrée aux étudiants (nouveau régime) qui n'auraient pas subi avec succès la 2e partie du 2e examen (physiologie).

MM. les étudiants de 4e année, qui n'ont pas encore pris part aux travaux pratiques d'anatomie pathologique, devront présenter leur carte d'admission à ces travaux, en prenant leur inscription trimestrielle. Même obligation est imposée à MM. les étudiants de seconde année qui n'ont pas encore pris part aux travaux pratiques d'Histologie et à MM. les étudiants de première année, qui n'ont pas encore pris part aux travaux pratiques de physique. MM. les étudiants sont tenus de déposer, un jour à l'avance, leur feuille d'inscriptions chez le concierge de la faculté ; il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au secrétariat pour prendre leur inscription trimestrielle. Les numéros d'ordre pour les inscriptions de 3e et 4e années de doctorat, et de 2e, 3e et 4e années d'officiat (soumises au stage) ne seront distribués qu'à partir du vendredi 16 janvier.

Avis spécial. — MM. les internes et externes des hôpitaux, devront joindre à leur feuille d'inscriptions un certificat de leur chef de service, indiquant qu'ils ont rempli avec exactitude leurs fonctions d'interne ou d'externe pendant le 1er trimestre 1884-85.— Ce certificat doit être visé par le directeur de l'établissement hospitalier auquel l'étudiant est attaché. Ces formalités sont de rigueur : Les inscriptions seront refusées aux internes et externes qui négligeraient de les remplir.

II. Consignations pour les examens; 1° Les bulletins de versement pour les consignations continueront à être délivrés les lundis et mardis, de midi a 3 heures ; 2° Les étudiants inscrits pour subir leurs examens sont placés d'après l'ordre de leur inscription à la faculté. Ceux d'entre eux qui, pour des motifs légitimes, désireraient que le jour de leur examen fût avancé ou reculé, devront en adresser, par écrit, la demande à M. le doyen (décision de la commission scolaire en date du 27 juin 1882 et du 24 décembre 1883) ; 3° La mise en séries des candidats aux examens a lieu 15 jours au moins ou trois semaines au plus après le jour de leur

inscription à la faculté, à moins que le nombre de candidats ne soit trop considérable. Ce laps de temps est indispensable pour rédiger la feuille des actes, soumettre cette feuille à la commission scolaire, la faire tirer et distribuer, et enfin pour expédier les convocations.

III. Annulation des bulletins de versement : Seront annulés les bulletins de versement dont le montant n'aura pas été versé deux jours après la date qu'ils portent. Un délai de huit jours est accordé pour les versements à faire en province : Dans ce dernier cas, déclaration expresse doit être faite au registre sur lequel l'étudiant s'inscrit. Les bulletins de versement annulés ne seront renouvelés que sur demande écrite et après autorisation du doyen.

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 5. — (Epreuve pratique) : MM. Verneuil, Guyon, Reclus. — 2e *de Doctorat* (N. R., 1re partie) : MM. Charcot, Fournier, Kirmisson. — 2e *de Doctorat* (N. R., 2e partie) : MM. Béclard, Gariel, Reynier. — 4e *de Doctorat* : MM. Damaschino, Joffroy, Rendu. — 5e *de Doctorat* (Hotel-Dieu), Ire *Série* : MM. Tarnier, Lannelongue, Landouzy; — 2e *Série* : MM. Trélat, Vulpian, Pinard.

MARDI 6. — (Epreuve pratique) : MM. Sappey, Richet, Peyrot. — 2e *de Doctorat* : MM. Le Fort, Laboulbène, Troisier. — 3e *de Doctorat* (N. R., 2e partie) : MM. Peter, Proust, Hallopeau. — 3e *de Doctorat* (N. R.) : MM. Ball, Hayem, Quinquaud. — 3e *de Doctorat* : MM. Brouardel, Cornil, Raymond. — 5e *de Doctorat* (A. R., 2e partie) (Charité) : MM. G. Sée, Jaccoud, Hutinel. — 5e *de Doctorat* (Charité). 1re *Série* : MM. Pajot, Duplay, Hanot. — 2e *Série* : MM. Hardy, Panas, Charpentier.

MERCRERI 7. — 1er *de Doctorat* : MM. Trélat, Damaschino, Second. — 2e *de Doctorat* (N. R., 2e partie). Ire *Série* : MM. Béclard, Charcot, Rémy ; 2e *Série* : MM. Fournier, Gariel, Ch. Richet. — 3e *de Doctorat* : MM. Gautier, Lutz, Blanchard, — 5e *de Doctorat* : MM. (N. R., Ire partie) (Hotel-Dieu). Guyon, Lannelongue, Pinard. — 5e *de Doctorat* (A. R.) (Hotel-Dieu). 1re *Série* : MM. M. Potain, Tarnier, Reclus ; 2e *Série* : M. Verneuil, Joffroy, Ribemont-Dessaignes.

JEUDI 8. — Ier *de Doctorat* : MM. G. Sée, Cornil, Campenon. — 2e *de Doctorat* (N. R., Ire partie) : MM. Sappey, Richet, Bouilly. — 2e *de Doctorat* (N. R., 1re partie) : MM. Robin, Le Fort, Humbert. — 2e *de Doctorat* : MM. Hardy, Peter, Richelot. — 3e *de Doctorat* (N. R , 1re partie) : MM. Pajot, Duplay, Peyrot. — 4e *de Doctorat* : MM. Ball, Proust, Hutinel.

VENDREDI 9. — (Epreuve pratique) : MM. Trélat, Guyon, Reynier. — 2e *de Doctorat* (N. R , 2e partie). 1re *Série* : MM. Béclard, Verneuil, Remy ; — 2e *Série* : MM. Vulpian, Gautier, Ch. Richet ; — 3e *Série* : MM. Fournier, Damaschino, Hanriot ; — 4e *Série* : — MM. Potain, Joffroy, Kirmisson. — 3e *de Doctorat* : MM. Regnauld, Baillon, Pouchet.

SAMEDI 10. — 2e *de Doctorat* (N. R., 2e partie) : MM. Robin, Brouardel, Quinquaud. — 2e *de Doctorat*. 1re *Série* : MM. G. Sée, Peter, Peyrot ; — 2e *Série* : MM. Laboulbène, Panas, Hallopeau. — 4e *de Doctorat* : MM. Jaccoud, Proust, Humbert. — 5e *de Doctorat* (N. R., 1re partie) (Hotel-Dieu) : MM. Pajot, Richet, Bouilly. — 5e id. (A. R.,) (Hotel-Dieu) : MM. Hardy, Le Fort, Charpentier.

Thèses de la Faculté de Médecine.

Jeudi 8. — M. Genet. De la gangrène des extrémités au cours de la néphrite. — M. Pissot. Du traitement méthodique du tétanos, par la fève de Calabar ou son principe actif, l'Esérine. — M. Fournier. Des variations de l'urée dans quelques maladies fébriles. — M. Sénac. Du lipôme congénital. — *Vendredi* 9. — M. Bernard. De l'aphasie et de ses diverses formes. — M. Tagle. Contribution à l'étude du non-restreint. — M. Girard. Luxations en arrière du premier métacarpien sur le trapèze. — *Samedi* 10. — M. Veilleau. Crises viscérales de l'ataxie locomotrice progressive. — M. Coursier. Traitement des fistules salivaires du canal de Stenon.

Enseignement médical libre.

Cours de gynécologie. — M. le Dr S. Pozzi, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien de l'hôpital de Lourcine, commencera son cours de gynécologie clinique et opératoire le lundi 12 janvier 1885, à neuf heures et demie, et le continuera les lundis et vendredis à la même heure. Examen des malades le lundi. Leçon à l'amphithéâtre le vendredi. MM. les étudiants en médecine, pour assister à ce cours, recevront une carte qui leur sera délivrée par M. le Directeur de l'hôpital.

Cours complet d'accouchements en 42 leçons. — MM. BAR et AUVARD, recommenceront leur cours le lundi 5 janvier 1885. Le cours a lieu tous les jours à 4 h. 1/2, 5, rue du Pont-de-Lodi. MM. les étudiants sont exercés aux manœuvres obstétricales. Pour les renseignements et pour se faire inscrire s'adresser soit à M. le Dr Bar, 4, rue Saint-Florentin, soit à M. le Dr Auvard, 21, rue de Lille, les lundi, mercredi et vendredi à 1 h. 1/2.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 21 décembre au samedi 27 décembre 1884, les naissances ont été au nombre de 1124, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 421 ; illégitimes, 148. Total, 569. — *Sexe féminin* : légitimes, 398 ; illégitimes, 157. Total, 555.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881, 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 21 décembre au samedi 27 décembre 1884, les décès ont été au nombre de 1012 : savoir : 515 hommes et 497 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Choléra : M. 1. F. .. T. 1. — Fièvre typhoïde : M. 6. F. 5. T. 11. — Variole . M. 1.. F. 2. T. 3. — Rougeole : M. 14. F. 14. T. 28 — Scarlatine : M. 3, F. ., T. 3. — Coqueluche : M. 2. F. 4. T. 6. — Diphthérie, Croup. M. 19, F. 19, T. 38. — Dyssenterie : M. .. F. ., T. .. — Erysipèle : M. 5, F. 1, T. 6 — Infections puerpérales : 6 — Autres affections épidémiques : M. ., F. ., T. .. — Méningite tuberculeuse et aiguë : M. 16, F. 15, T. 31. — Phthisie pulmonaire : M. 106, F. 71. T. 177. — Autres tuberculoses : M. 17, F. 5. T. 22. — Autres affections générales : M. 24, F. 32. T. 56. — Malformations et débilité des âges extrêmes : M. 23, F. 27, T. 50. — Bronchite aiguë : M. 19, F. 29, T. 48. — Pneumonie : M. 34, F. 42, T. 76. — Athrepsie : M. 32, F. 22 T. 54. — Autres maladies des divers appareils : M. 170, F. 191, T. 361. — Après traumatisme : M. ., F. ., T. .. — Morts violentes : M. 15, F. 6. T. 21. — Causes non classées M. 8, F. 6, T. 14.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 86 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 30 ; illégitimes, 17. Total : 47. — *Sexe féminin* : légitimes, 22 ; illégitimes, 17. Total : 39.

BUREAU CENTRAL. — *Médecine* : Le concours vient de se terminer par la nomination de MM. Talamon, Ballet et Brault.

Nous adressons nos plus sincères félicitations à nos amis et collaborateurs MM. TALAMON et Gilbert BALLET.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE. — M. BÉHAGUE est nommé aide-préparateur d'histoire naturelle en remplacement de M. Delplanque, appelé à d'autres fonctions. — M. THIÉRY est chargé des fonctions d'aide-préparateur d'anatomie pathologique.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — Le Dr RODET est nommé chef des travaux de médecine expérimentale, en remplacement de M. Arloing, démisssionnaire. — Le Dr IMBERT est nommé préparateur de médecine expérimentale, en remplacement de M. Rodet.

FACULTÉ DES SCIENCES DE PARIS. — M. FRIEDEL, professeur de minéralogie à la même faculté, est nommé professeur de chimie organique à ladite faculté.

ECOLE PRÉPARATOIRE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE CAEN. — Un concours pour un emploi de suppléant des chaires de physique et de chimie s'ouvrira le 15 juillet 1885, à l'Ecole supérieure de pharmacie. — Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

JURISPRUDENCE MÉDICALE. — Le tribunal de Domfront (Orne), vient de décider que les médecins n'entrent pas dans la catégorie des professions qui peuvent se syndiquer en vertu de la loi du 21 mars dernier sur les syndicats professionnels. Ce jugement a été frappé d'appel.

ACTION ANESTHÉSIQUE DE LA COCAÏNE. — M. Rosbach (D'Iéna), annonce que M. le docteur Von Anrep (de Saint-Pétersbourg), est le premier qui ait trouvé que la cocaïne jouissait d'une action anesthésique locale. Le travail de M. Anrep a été fait au mois de janvier 1879, au laboratoire pharmocologique de Wurzbourg, et publié dans les archives de Pfluger. L'auteur recommande expressément d'essayer ce moyen pour produire l'anesthésie locale chez l'homme. (*Semaine Médicale* 25 déc.).

PRIX DE MÉDECINE NAVALE. — Le prix de médecine navale pour l'année 1884, à été décerné à M. Mourson, médecin de 1re classe pour un travail sur la *fièvre typhoïde à bord des navires de l'Etat particulièrement dans les pays chauds*. Des témoignages de satisfaction ont été accordés aux Drs Aude, Aube, Bestion, Kermorgant, Kieffer, Leconte, Raoul, Rit et Rochart.

SALUBRITÉ PUBLIQUE. — Le Conseil municipal de Paris a décidé, dans une des dernières séance de décembre d'opérer le recensement de tous les questeurs et logements insalubres de Paris ; de faire exécuter ce recensement par les Commissions d'hygiène d'arrondissement et de réunir les renseignements qu'elles auront transmis à l'Administration en dressant une carte sanitaire de Paris ; d'organiser dans toutes les mairies de Paris un service de fiches sur lesquelles seront inscrites les conditions de salubrité où se trouve chaque immeuble.

M. CORMACK (Charles-Edward), a eu le regret de voir le nom de son père Sir John Rose CORMACK, porté dans plusieurs agendas médicaux, comme exerçant la médecine en ce moment à Paris. Sir

13e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. I. N° 2. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 10 JANVIER 1885.

Le Progrès Médical

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

—

Leçons sur l'anatomie pathologique du choléra;

Par le Dr I. STRAUS, agrégé, médecin de l'hôpital Tenon (1).

Messieurs,

Dès que le microscope fut appliqué à l'étude du choléra, la desquamation intestinale fut observée et regardée comme une des lésions fondamentales de la maladie et rendant le mieux compte de la transsudation aqueuse qui s'opère dans l'intestin. Dans ses « leçons sur la pathologie générale » qui ont eu un si légitime retentissement, Cohnheim s'attaqua à cette notion en apparence si solidement assise. Se basant surtout sur les nombreux examens microscopiques de *selles* de cholériques, pratiqués tant par lui-même que par Kühne et d'autres observateurs pendant l'épidémie de choléra de Berlin, en 1866, Cohnheim dit qu'il était presqu'impossible de déceler dans ces selles la présence de cellules épithéliales, et il arrive à cette conclusion que : « la desquamation épithéliale que l'on constate sur le cadavre *n'est autre chose qu'un processus de macération cadavérique* » (2). On devine combien cette vue, si elle était exacte, serait de nature à bouleverser la conception que l'on doit se faire du mécanisme de la diarrhée cholérique et du processus cholérique lui-même.

Il est incontestable que si l'on examine les *selles* riziformes, même immédiatement après qu'elles sont rendues, on constate que les flocons sont surtout constitués par des amas irréguliers, granuleux, dont il est difficile de déterminer exactement l'origine (débris d'épithélium ou leucocytes granuleux). Toutefois, en cherchant patiemment dans un certain nombre de préparations, on arrive à découvrir quelques cellules altérées, mais manifestement épithéliales, parfois à forme cylindrique encore reconnaissable. Reinhardt, Ch. Robin, Leubuscher, Virchow, Beale et beaucoup d'autres histologistes ont expressément signalé dans les selles des cholériques, non seulement des cellules épithéliales isolées encore reconnaissables, mais même des lambeaux d'épithélium (3) ; il ne m'a jamais été donné de faire cette dernière constatation.

Si, au lieu des selles, on examine le *contenu intestinal* recueilli sur le cadavre, rien n'est facile comme de s'assurer que les flocons qui s'y trouvent sont constitués, en majeure partie, par des cellules épithéliales desquamées de l'intestin. Un certain nombre de ces cellules présentent, d'une manière presque normale, leur forme cylindrique, leur bourrelet basal et leur noyau bien visible et facilement colorable par le carmin et par les couleurs d'aniline. Il n'est pas rare de rencontrer un certain nombre de ces cellules, encore accolées les unes aux autres, parfois même, ainsi que l'avaient déjà observé Virchow, Ch. Robin et Pacini, présentant la disposition en doigt de gant et témoignant ainsi d'une desquamation en masse du revêtement épithélial des villosités. A côté de ces cellules presque normales, on en voit d'autres privées de leur plateau, déformées, à protoplasma grossièrement granuleux et déchiqueté, à noyau peu distinct et se colorant mal par le carmin et par les couleurs d'aniline.

Cohnheim pensait que cette desquamatian si intense ne s'effectuait pas pendant la vie du malade, mais provenait, comme je l'ai déjà rappelé, d'un simple fait de macération cadavérique. Dans les recherches que nous avons publiées, à notre retour d'Egypte (1), nous montrâmes combien était erronée cette manière de voir du grand pathologiste allemand. En effet, ces lésions desquamatives de l'intestin se retrouvent, sur les cadavres des cholériques dont l'ouverture a été pratiquée très peu de temps après la mort, aussi prononcées que dans les cas où l'autopsie a été plus tardive. Depuis, nous avons pu faire la même constatation tant à Toulon qu'à Paris, et l'on peut aujourd'hui affirmer en toute certitude que la chute de l'épithélium intestinal dans le choléra n'est pas un simple phénomène *post mortem*.

III. Ce serait le moment d'exposer devant vous les résultats que donne l'examen des selles et des tuniques intestinales, pratiqué en vue de la recherche des microbes. Mais ceci m'amènerait directement à aborder le problème étiologique du choléra et les nombreuses controverses qu'il a suscitées ; questions qui, je crois, gagneront à être développées devant vous sans interruption et tout d'une tenue, à la fin de ces leçons pratiques. Je continue donc, en réservant pour plus tard la partie bactériologique, l'exposé anatomo-pathologique proprement dit.

Lésions de l'appareil urinaire. — Rein cholérique. Après l'intestin, les organes qui, dans le choléra, présentent les lésions les plus profondes et les plus intéressantes sont les reins ; la clinique pouvait le faire pressentir et je n'ai besoin, à cet égard, que de vous rappeler l'anurie si caractéristique de la période algide, et ce fait que la première urine de la période de réaction est toujours albumineuse.

Quand vous ouvrez le cadavre d'un individu ayant succombé pendant la période algide, toujours vous trouvez la vessie rétractée, cachée en quelque sorte derrière le pubis et offrant à peine les dimensions d'une noix. Si, à l'aide d'une pipette effilée, vous piquez les parois de la vessie, vous pourrez aspirer tout au plus quelques centimètres cubes d'une urine blanchâtre, trouble, ressemblant tout à fait à un liquide puriforme. Si vous l'examinez au microscope, vous y constaterez la présence, en quantité énorme de cellules desquamées de la muqueuse vésicale, isolées ou encore cohérentes et formant de larges plaques d'exfoliation. Ce processus desquamatif se retrouve sur la muqueuse des uretères et des bassinets ; il est aussi constant et pres-

(1) Voir *Progrès médical*, nos 48 et 50.

(2) *Allgemeine Pathol.*, erste Aufl., 1880, Bd. II, p. 127.

(3) Dans une note insérée, il y a deux ans, dans ses *Archives* (1882, t. II, p. 159), M. Virchow protestait déjà contre l'assertion étrange de Cohnheim et maintenait énergiquement l'existence de l'exfoliation intestinale, chez les cholériques, pendant la vie.

(1) *Recherches anatomiques et expérimentales sur le choléra observé, en 1883, en Egypte*, par MM. Straus, Roux, Nocard et Thuillier. (*Arch. de physiologie*, 1884, p. 381).

que aussi accusé que la desquamation intestinale elle-même.

Dans les autopsies que j'ai eu l'occasion de pratiquer à Toulon, en examinant les quelques gouttes d'urine contenue dans la vessie des sujets morts pendant la période algide, il m'est arrivé souvent d'y constater la présence de spermatozoïdes ; ces spermatozoïdes avaient du pénétrer dans la vessie, car l'urine n'était jamais extraite par la sonde, mais de la vessie elle-même, par une piqûre faite sur lo fond do l'organe avec un tube de verre effilé.

Les lésions du rein, dans le choléra, comme celles de l'intestin, varient selon que les individus ont succombé rapidement ou que la mort a eu lieu pendant la période de réaction.

Chez ceux qui sont morts pendant la période algide ou peu de temps après, les reins ne nous ont pas présenté l'augmentation de volume signalée par quelques auteurs ; il nous ont paru plutôt petits que volumineux, et Bartels fait la même remarque. Sauf dans les cas où il existait des lésions antérieures, les reins se décortiquent facilement. Sur une coupe pratiquée le long du grand diamètre de l'organe, on constate que la surface de section est humide ; la substance corticale présente une coloration gris-rosée, terne, avec des points plus fortement congestionnés et d'autres points de couleur jaune-brunâtre. Les glomérules sont facilement visibles à l'œil nu, saillants, congestionnés et les vaisseaux interlobulaires se dessinent souvent sous forme de traînées foncées. Les rayons médullaires de la substance corticale offrent une coloration grisâtre, terne, contrastant avec la couleur foncée de la pyramide ; les arcades vasculaires de la substance intermédiaire sont fortement congestionnées ; la pression exercée sur le sommet de la papille avec le dos du scalpel fait sourdre un liquide louche, d'aspect puriforme ; la muqueuse du bassinet est tantôt pâle, tantôt fortement injectée ou d'une coloration bleuâtre, violacée.

Je vous soumets des préparations microscopiques de reins cholériques provenant de pièces durcies, les unes dans l'acide osmique et l'alcool, les autres dans le liquide de Müller ou l'alcool absolu ; ces pièces ont été recueillies dans des autopsies pratiquées très peu de temps après la mort : conditions précieuses, surtout pour l'étude des altérations de l'épithélium rénal, si sujet à subir les influences cadavériques. Ces coupes ont été colorées par le picro-carminate d'ammoniaque de Ranvier ou par l'éosine hématoxylique de Renaut ; celles qui proviennent de fragments durcis par l'acide osmique sont directement montées dans la glycérine.

Sur ces préparations, nous allons étudier successivement les lésions que l'on constate sur la substance corticale et sur la pyramide, dans les cas de choléra à marche rapide ; puis nous étudierons les mêmes lésions sur des reins de sujets ayant succombé plus ou moins tardivement pendant la période de réaction.

Sur les tubes contournés, l'épithélium offre des lésions très accusées, même dans les cas à marche aiguë et où la mort a eu lieu 24 ou 36 heures après le début de la maladie. Les limites des cellules sont effacées et la striation de Heidenhain n'existe plus. La masse protoplasmique est gonflée et renferme des grumeaux irréguliers, de dimension variable, réfringents, colorés en brun par l'acide osmique : c'est une sorte d'infiltration protéique, la tuméfaction trouble de Virchow. Par suite du gonflement éprouvé par les cellules, la lumière des conduits sécréteurs est presque complètement effacée et le diamètre des tubes notablement élargi ; le bord libre des cellules sécrétantes est anfractueux, irrégulièrement déchiqueté, fragmenté et comme rongé. Lorsque la maladie a duré un peu plus longtemps (1 à 3 jours) cette apparence festonnée du bord des cellules est plus accusée et le protoplasma commence à se réduire en une poussière irrégulièrement granuleuse. Ce n'est qu'exceptionnellement que l'on voit sur les préparations fixées par l'acide osmique quelques boules colloïdes de la nature de celles que M. Cornil a décrites dans la néphrite aiguë ou subaiguë de l'homme et dans l'empoisonnement par la cantharidine.

Les premiers anatomo-pathologistes qui ont décrit le rein cholérique, Reinhardt, L. Meyer, et Bartels après eux parlent d'une dégénérescence graisseuse de l'épithélium des tubes contournés qui s'établirait d'une façon extraordinairement rapide; nous n'avons rien pu constater de semblable : dans la masse granuleuse en laquelle est réduit le protoplasma des cellules, c'est à peine si vous distinguerez, aux forts grossissements, quelques très fines granulations que l'acide osmique colore en noir foncé. La poussière granuleuse dont il s'agit semble être, en partie, du moins, de nature hématique, ainsi que le témoignent la coloration rosée qu'elle prend sous l'influence de l'éosine et la coloration brun-verdâtre que lui communique le picro-carminate. Du reste, une pareille infiltration hématique des cellules sécrétantes du rein est loin d'être rare dans les maladies infectieuses : MM. Kelsch et Kiéner l'ont signalée dans le rein palustre, M. Renaut dans le rein de la fièvre typhoïde, M. Brault dans le rein diphthérique.

Pendant que le protoplasma subit ces modifications, que devient le noyau des cellules sécrétantes? Ce noyau continue à être visible, même dans les points très atteints du labyrinthe; il est refoulé vers la portion basale de la cellule et tout en conservant sa forme régulièrement circulaire, il est comme tuméfié et creusé de vacuoles. Les matières colorantes qui ont de l'affinité pour les noyaux (Kernfœrbende Substanzen) continuent à le colorer, mais avec une énergie moins grande que sur des reins normaux; le picro-carminate d'ammoniaque de Ranvier ne le colore que faiblement; le picro-carmin lithiné d'une façon plus nette; l'hématoxyline et les couleurs basiques d'aniline, très nettement. Toutefois, en des points de la préparation où la lésion est le plus avancée, on voit un certain nombre de cellules sécrétantes converties en une masse granuleuse sans noyau apparent. Mais les lésions arrivées à ce degré sont très clair-semées et ne s'observent que sur un petit nombre de tubes. Si j'insiste sur ces modifications subies par le noyau, ce n'est pas dans un simple but de description méticuleuse : ces lésions nucléaires ont une portée doctrinale sur laquelle j'aurai occasion d'insister ultérieurement.

Les tubes droits de l'irradiation médullaire présentent des altérations beaucoup moins accusées et sur la plupart l'épithélium est intact. Les cellules cylindriques à protoplasma clair présentent leurs contours rectilignes et leur noyau normal, se colorant vivement. Un fait remarquable, c'est que ni dans les tubes contournés ni dans l'irradiation médullaire, on ne rencontre de cylindre hyalin, colloïde ; ce fait est à rapprocher de l'absence de vacuoles et de boules colloïdes que je vous ai déjà signalées.

Que se passe-t-il pendant ce temps dans le tissu conjonctif interlobulaire ou plutôt dans les lacunes qui séparent les tubes les uns des autres ? Ce qu'on y distingue d'abord, c'est une distension énorme des capillaires san-

guins, dont vous pouvez partout vous rendre compte sur les préparations fixées par l'acide osmique. Par places, mais très exceptionnellement, un petit nombre de globules rouges se rencontrent dans la lumière des tubes contournés où ils ont pénétré probablement par diapédèse.

Les espaces interlobulaires sont en outre fréquemment distendus par une masse colorée en gris pâle par l'acide osmique, masse amorphe ou très finement granuleuse, constituant des sortes de flaques. Il s'agit là d'un exsudat albumineux interposé entre les tubuli et dû à un véritable œdème aigu du rein cholérique, analogue à l'œdème inflammatoire aigu du rein décrite par M. Renaut dans un certain nombre de néphrites infectieuses. Toutefois, et c'est là, Messieurs, un point sur lequel j'insiste, il ne s'agit pas là d'un œdème proprement inflammatoire, car jamais cet exsudat albumineux interstitiel n'est mêlé de leucocytes. Il n'existe, dans le rein cholérique, aucune infiltration des interstices conjonctifs par des cellules blanches, fait qui n'avait pas échappé, dès 1874, à M. Kelsch.

Les glomérules de Malpighi sont atteints aussi et de la façon suivante : l'endothélium de revêtement de la capsule est desquamé en partie ; là où il est resté en place, il est visiblement altéré et la cellule présente un noyau fortement saillant. Les noyaux du bouquet glomérulaire sont augmentés de nombre, les capillaires glomérulaires remplis de globules rouges ; entre la capsule et le glomérule existe fréquemment un exsudat albumineux coagulé, identique à celui qu'on voit dans les espaces de Ludwig et, comme lui, ne contenant jamais de leucocytes ; exceptionnellement, l'exsudat est mêlé de quelques globules rouges.

Etudions maintenant les lésions que présente la pyramide. Sur un certain nombre de tubes collecteurs de gros ou de moyen calibre, on observe l'absence complète de revêtement épithélial; tantôt la lumière du conduit est tout à fait vide, comme si l'épithélium avait été chassé au pinceau ; sur d'autres tubes, la lumière est complètement remplie par une masse homogène teintée en gris par l'acide osmique et qui n'est autre chose que de l'albumine coagulée. Ces moules albumineux sont exactement appliqués contre la paroi du conduit, disposition qui montre clairement que l'épithélium de revêtement était déjà tombé pendant la vie et que sa chute n'est pas un résultat mécanique des manipulations subies par la pièce. Sur certains tubes le revêtement épithélial n'a pas disparu, mais est décollé de la membrane propre par un exsudat albumineux, qui s'est interposé entre la paroi et la partie basale des cellules épithéliales et a refoulé celles-ci, sous forme de manchon, dans la cavité du conduit. Ailleurs, le revêtement épithélial des canaux vecteurs est en place, mais les cellules sont comme aplaties, abrasées au niveau du noyau, qui subsiste seul entouré d'une couche mince de protoplasma.

Sur des coupes pratiquées parallèlement à la direction des tubes droits, vous pouvez vous assurer que les débris épithéliaux desquamés forment, par leur coalescence, de véritables moules épithéliaux, qui se présentent souvent enroulés en tire-bouchon dans les tubes collecteurs, témoignant ainsi du tortillement que leur imprime l'urine en les propulsant le long des conduits vecteurs.

Enfin, un certain nombre de tubes droits conservent leur épithélium cylindrique, clair, intact.

Sur des coupes bien orientées, vous voyez les vaisseaux droits de la pyramide fortement hyperémiés et comme remplis par une injection naturelle ; ils sont groupés en faisceaux, alternant avec les faisceaux des conduits vecteurs ; enfin, un certain nombre de ces derniers sont eux-mêmes entièrement remplis et comme injectés par des globules rouges. L'irruption du sang, qui est tout à fait exceptionnelle dans les tubes contournés, est donc très fréquente et très accusée dans la substance pyramidale et au niveau des rayons médullaires.

Il me reste à vous parler des tubes de Henle ; l'épithélium de la branche grêle est fréquemment détaché, totalement absent, parfois cependant en place et à peu près intact : celui de la branche ascendante est presque constamment desquamé et réduit en détritus granuleux.

Chez les individus ayant succombé à une période tardive, *pendant la réaction typhoïde*, les lésions sont de même ordre, mais beaucoup plus profondes. Les glomérules ont perdu en grande partie le revêtement endothélial ; entre le bouquet et la capsule existe fréquemment un exsudat granuleux, parsemé de points colorés en noir foncé par l'acide osmique (graisse) et englobant un certain nombre de noyaux.

Les modifications subies par les canalicules contournés sont extrêmement accusées ; l'épithélium strié a subi par place une destruction presque complète et il ne subsiste plus que les noyaux des cellules, plus ou moins déformés ou vésiculeux. La lumière du conduit est très dilatée, remplie de détritus granuleux et graisseux ; çà et là, de grosses flaques graisseuses, colorées en noir encre par l'acide osmique. Sur certains points, l'épithélium des tubes contournés est moins altéré et la forme des cellules vaguement conservée ; un certain nombre de ces cellules renferment deux noyaux ; les noyaux continuent à se colorer par le carmin et l'hématoxyline, mais faiblement et difficilement.

Les tubes droits sont tout aussi altérés ; l'épithélium de beaucoup de tubes collecteurs est complètement absent ; sur d'autres, il n'est plus représenté que par des cellules très aplaties, presque réduites au noyau ; par places cependant, on retrouve le bel épithélium clair, cubique, normal. Enfin, la plupart des tubes collecteurs sont remplis par des moules albumineux emprisonnant des cellules épithéliales desquamées, déformées, isolées ou encore réunies en rangées. (*A suivre*).

THÉRAPEUTIQUE

Hopital des Anglais, a Liège. — **M. le Dr COLLARD.**

Sur le traitement de la fièvre typhoïde par le salicylate de soude à doses accumulées (1);

Par le Dr Léon Beco, médecin adjoint.

Observations recueillies par MM. Vlaisloir et Evrard, internes.

Observation VIII. — Charles R..., né à Yserbahn (Prusse), 24 ans, houilleur, entre le 21 mars 1884, salle VI, n° 6, en pleine fièvre typhoide.

		Matin.		Soir.
22	mars.	T. 38°,6	Pas de traitement.	T. 40°,2
23	—	38°,3	6 gr, salicylate de midi à 1 heure.	37°,6
24	—	38°,6	6 gr. salicylate, vomis en partie.	38°,3
25	—	38°,6	6 gr. de midi à 1 h., potion vomie. A 2 h. 6 gr. en lavements.	37°,6
26	—	37°,8	6 gr. en potion tolérés.	36°,7
27	—	38°,4	—	38°,8
28	—	37°,7	Salicylate supprimé.	39°,0
29	—	37°,5	—	38°,2
30	—	37°,4	—	38°,0

Convalescence franche.

(1) Voir *Progrès médical*, n° 1.

Ici le médicament a été vomi deux fois mais toléré dans la suite. Administré en lavement le 25, il a produit l'effet que nous cherchions.

Observation VIII. — Il s'agit d'un jeune homme de 18 ans, étudiant, admis le 29 février 1884, dans une chambre particulière (nº IV).

La fièvre fort élevée à l'entrée du malade, résista deux jours au salicylate avant de descendre au-dessous de 39°, pour tomber cependant dans la suite à 37°,6. Nous l'avons vue encore remonter en douze heures à son maximum, quand nous avons voulu interrompre la médication, puis après cinq autres jours de traitement se maintenir sans intervention vers 37°.

Au bout de quelques jours d'athermie complète, nous notons un soir 39°,5 sans que rien nous explique cette poussée. Le lendemain, le thermomètre descend au matin ; mais il remonte encore le soir et pendant une semaine il oscille entre 39°,5 et 36°,5. En présence de rémissions matinales, supérieures parfois à 2 degrés, croyant que ces exacerbations, sans cause appréciable, ne se renouvelleront pas, nous restons inactifs. Cependant après 8 jours, le thermomètre marquait encore 39°,6. Alors nous revenons au salicylate et nous en donnons d'abord 6 gr., puis 4 gr. les deux jours suivants. Dès la première dose, la température ne dépassa plus 37°,5 et la fièvre céda définitivement. L'examen du tracé thermométrique montre nettement les résultats de la thérapeutique et les effets de l'expectation.

	Matin.		Soir.
26 févr.	T. 00°,0	Pas de traitement.	T. 39°,8
1er mars.	39°,4	—	40°,0
2 —	39°,6	6 gr. salicylate à midi.	39°,2
3 —	39°,8	6 gr., vomis en partie.	39°,5
4 —	39°,2	6 gr., bien supportés.	38°,4
5 —	39°,0	—	38°,0
6 —	39°,4	—	37°,6
7 —	38°,5	Pas de salicylate.	40°,0
8 —	39°,2	6 gr. de salicylate à midi.	38°,3
9 —	38°,2	—	37°,6
10 —	38°,0	—	36°,6
11 —	38°,6	—	36°,0
12 —	38°,2	4 gr. salicylate.	37°,6
13 —	37°,0	Salicylate supprimé.	38°,0
14 —	37°,9	—	37°,4
15 —	36°,3	—	37°,2
16 —	36°,2	—	37°,6
17 —	36°,4	—	37°,5
18 —	37°,0	—	38°,9
19 —	37°,3	—	38°,4
20 —	37°,4	—	39°,4
21 —	38°,2	—	39°,4
22 —	38°,4	—	39°,2
23 —	36°,8	—	38°,9
24 —	36°,4	—	39°,0
25 —	36°,5	—	39°,6
26 —	37°,4	6 gr. salicylate.	37°,2
27 —	35°,9	4 gr salicylate.	37°,2
28 —	36°,8	—	36°,6
29 —	36°,2	Plus de salicylate.	37°,2
30 —	36°,0	—	37°,1
31 —	35°,9	—	37°,2
1er avril.	36°,0	—	37°,0

A partir de ce jour la fièvre ne réapparut plus et la guérison s'acheva sans entrave.

Observation IX. — G..., Anna, salle IV, lit nº 2, née à Francfort-sur-le-Mein, bonne d'enfant, entre le 27 mai 1884, arrivée à la fin de la première semaine d'une fièvre typhoïde.

C'est une jeune fille lymphatique, sans antécédent morbide, qui a l'air fort peu impressionnée par la maladie. A voir son facies reposé, sa respiration calme, on ne supposerait pas qu'elle a une température de 40° et qu'elle est typhisée. En présence de cette résistance organique, nous laissons marcher la fièvre qui, au bout de peu de jours, subit des rémissions matinales de plus d'un degré ; le maximum vespéral approche chaque jour 40°.

A partir du 3 juin, la malade accuse un frisson peu intense tous les soirs: Il n'y a pas chez elle d'antécédents paludiques, mais néanmoins nous lui donnons du sulfate de quinine à des doses variant de 50 cent. à 1 gr. 50 par jour, prise en une heure. Le 4 juin nous avions 40,1 le soir, et malgré la quinine, le 7, nous notions 40°. Le 15, au soir, 39°,9, la diarrhée reprend violemment, la températuie du matin reste au-dessus de 38°. La quinine est suspendue et reprise par moments, mais malgré tout, le 22 juin, vingt-sept jours après son entrée nous avions encore 39°,6.

Le 23, nous décidons de donner 3 gr. de salicylate de soude vers 1 heure, pour juger de son effet sur cette fièvre si tenace et de si longue durée. Le soir nous n'avons plus que 37°,5 ! Quatre jours de suite nous prescrivons 2 gr. du même médicament, et la température ne dépasse plus une seule fois 37°,5 le soir, alors même que nous avions supprimé l'antipyrétique.

Nous avons rapproché à dessein cette observation et la précédente. Souvent on observe des poussées fébriles quotidiennes pendant la convalescence. Il est intéressant de retenir que dans deux cas observés par nous, le salicylate de souds les a enrayées brusquement. Sans plus de commentaire, nous allons transcrire le tableau thermométrique.

	Matin.		Soir.
27 mai.	T. 40°,0	Pas de traitement.	T. 39°,8
28 —	39°,4	—	39°,7
29 —	39°,0	—	39°,5
30 —	38°,4	—	40°,2
31 —	38°,8	—	40°,4
1er juin.	38°,4	—	39°,8
2 —	38°,2	—	39°,5
3 —	37°,8	—	39°,8
4 —	38°,6	—	40°,1
5 —	38°,5	Sulfate de quinine, 1 gr. 50 centigr.	39°,8
6 —	38°,0	—	39°,6
7 —	38°,2	Sulfate de quinine, 1 gr.	40°,0
8 —	38°,5	—	39°,5
9 —	37°,7	—	39°,2
10 —	37°,4	Sulfate de quinine, 50 centigr.	39°,0
11 —	37°,5	—	39°,1
12 —	37°,2	—	39°,0
13 —	37°,1	—	38°,6
14 —	37°,0	Pas de traitement.	39°,0
15 —	37°,5	Sulfate de quinine, 1 gr.	39°,8
16 —	38°,1	—	39°,2
17 —	38°,2	—	38°,8
18 —	38°,2	—	39°,1
19 —	38°,3	Pas de traitement.	38°,9
20 —	37°,6	—	39°,2
21 —	37°,8	Sulfate de quinine, 1 gr.	39°,5
22 —	38°,2	—	39°,6
23 —	38°,2	Salicylate de soude, 3 gr., à midi.	37°,5
24 —	37°,6	Salicylate de soude, 2 gr.	37°,4
25 —	37°,6	—	37°,2
26 —	37°,4	—	37°,5
27 —	37°,5	—	37°,2
28 —	37°,2	Plus de traitement.	37°,5
29 —	37°,1	—	37°,2
30 —	36°,6	—	36°,6

Guérison rapide.

Observation X. — Henri C..., 20 ans, chapelier, entré le 25 août, salle VI, lit nº 18, se dit malade depuis cinq jours. Courbature, céphalalgie, é istaxis n mbreuses, constipation, taches rosées rares et p tites, prostrat n, délire la nuit. Le 26, lavement au sulfate de magnési. La température du soir, le jour de son entrée à pital, est de 40°,4; le lendemain matin 40°. Nous donnons gr. de salicylate entre midi et 2 heures. La seconde moitié de la potion est vomie et à 6 heures la température est déjà r ntée à 40°,4. Nous rendons immédiatement 3 gr. A minui T 39°,5, à 6 heures du matin 39°,8. — Le salicylate est con nué les jours suivants ; il n'est plus vomi ; aussi voyons-nous le 31, le thermomètre à 37°,2, alors que le malade n'a pris la ille à midi que 4 gr.

Ce jour-là nous supprimons le salicylate. Le soir la température monte à 38 et le lendemain à 39°. Selles hémorrhagiques le 1er septemb e. Le soir 39°,5 malgré le salicylate. Cependant, à part r de ce moment, nous ne notons plus qu'une seule fois 39° soir. Dans la journée, le malade avait été fatigué par de ombreuses visites de parents et d'amis.

Marche du th rmomètre (fig. 3) :

		Matin.		Soir.
25	août.	T. 00°,0	Pas de traitement.	T. 40°,4
26	—	40°,0 à midi	6 gr. salicyl. en partie vomis. 3 gr. à 6 h. du soir.	à 6 heures 40°,4; à minuit 39°,5
27	—	39°,8	6 gr. salicylate, à midi.	38°,6
28	—	39°,0	—	38°,3
29	—	38°,6	—	38°,2
30	—	38°,0	—	37°,6
31	—	37°,2	Pas de salicylate.	38°,0
1er	sept.	39°,0	6 gr. salicylate.	39°,5
2	—	38°,2	—	37°,6
3	—	38°,0	4 gr. salicylate.	38°,0
4	—	38°,2	—	39°,0
5	—	38°,6	—	37°,5
6	—	36°,6	—	36°,6
7	—	37°,8	—	37°,4
8	—	37°,0	Salicylate supprimé	37°,5
9	—	36°,6	—	37°,3

Les jours suivants la température reste normale ; le malade nous quitte le 20 septembre.

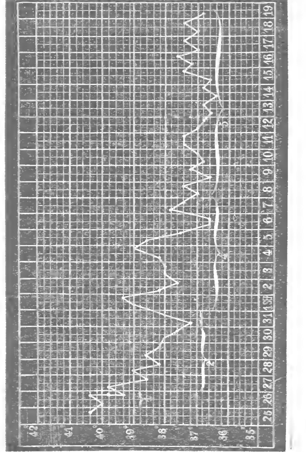


Fig. [illegible]. — 1. 6 gr. de salicylate de soude de midi [illegible] (en partie vomis); — 3 gr. à 6 heures du soir. — 2. 6 gr. de salicylate à midi. — 3. Pas de salicylate. — 4. 4 gr. de salicylate de soude. — 5. Suppression du salicylate.

Observation XI. — Joséphine L..., entre le 27 août 1883, salle IV, nº 6. Elle est malade depuis huit jours. Elle présente les signes d'une fièvre typhoïde en pleine évolution, et, de plus, une hépatisation de la base du poumon droit où l'on entend un souffle à l'expiration. Il n'est rien fait contre la pneumonie. M. Collard la considérant comme dépendant de l'infection générale, c'est celle-ci seule qu'il importait, à son avis, de combattre. Le traitement salicylé fut institué le surlendemain de l'entrée de la malade à l'hôpital. En voici les résultats :

		Matin.		Soir.
27	aout.	T. 00°,0	Pas de traitement.	T. 39°,2
28	—	39°,4	—	40°,4
29	—	39°,[illegible]	6 gr. salicylate, vers 1 heure.	36°,8
30	—	36°,4	Pas de salicylate.	37°,8
31	—	38°,3	—	40°,0

		Matin.		Soir.
1er	sept.	39°,4	6 gr. salicylate.	37°,7
2	—	37°,8	—	37°,8
3	—	37°,3	Plus de salicylate.	37°,9
4	—	38°,0	—	38°,5
5	—	38°,1	—	38°,7
6	—	37°,5	—	38°,0
7	—	37°,5	—	37°,9
8	—	37°,2	—	37°,6

Guérison.

Observation XII. — La nommée Marie R..., 19 ans, servante, nous est amenée le 16 juin 1883 dans la matinée. Elle est couchée salle IV, lit 4. — Depuis quelques jours elle est courbaturée, sans appétit et sans sommeil. On lui a prescrit en ville un purgatif salin et un pédiluve, composé de sel de cuisine et de moutarde, qui a produit une large cloche sur les deux pieds. Affaissement général, peau chaude et sèche, gargouillement dans la fosse ilio-cœcale, pas de taches, ni de râles de bronchite, selles typhiques. La température qui était le 16 de 39°,4, s'élève peu à peu et atteint le 17 au soir 40°4 pour descendre seulement de quatre dixièmes le lendemain matin. A ce moment commença le traitement par le salicylate de soude qui fut continué presque sans interruption jusqu'au 4 juillet. La fièvre se montra exceptionnellement tenace chez cette malade. Malgré cela, la température fut maintenue inférieure à celle du matin qui dépassa encore à deux reprises, le 26 juin et le 1er juillet, le chiffre de 40°. Nul doute que sans médication antipyrétique, le thermomètre n'eût atteint 41°, si ce n'est plus, et qu'il ne fût resté constamment au-dessus de 40°

Il est vrai que la brûlure des extrémités inférieures était beaucoup plus profonde qu'elle ne paraissait au premier abord. La simple vésication des premiers jours devint du sphacèle, et, plus tard, après l'élimination de l'escharre, les tendons du cou-de-pied, les orteils et une grande étendue de la face plantaire furent mis à nu. Il faut évidemment tenir compte de ce facteur comme cause de fièvre. A partir du 4 juillet, le salicylate de soude ne fut plus prescrit et la fièvre reprit son type habituel à maximum vespéral. Pendant un mois, nous avons noté plusieurs exacerbations fébriles ; mais elles étaient alors dues surtout, sinon exclusivement, aux deux larges plaques gangréneuses.

Les phénomènes typhiques cessèrent vers la fin de la seconde semaine de juillet. La réparation des escharres ne fut complète qu'à la fin août.

Ci-joint le tableau thermométrique :

		Matin.		Soir.
16	juin.	T. 39°,3	Pas de traitement	T. 40°,0
17	—	39°,5	—	40°,4
18	—	40°,3	6 gr. salicylate de soude donnés de midi à 1 heure.	39°,0
19	—	39°,3	—	39°,9
20	—	39°,1	—	38°,6
21	—	39°,0	—	38°,3
22	—	39°,5	—	38°,6
23	—	39°,5	—	39°,5
24	—	39°,2	—	39°,6
25	—	39°,8	—	39°,4
26	—	40°,4	—	39°,2
27	—	39°,8	—	39°,6
28	—	39°,0	—	39°,4
29	—	39°,6	—	39°,7
30	—	40°,0	—	39°,6
1er	juillet.	40°,4	—	39°,2
2	—	38°,8	—	38°,6
3	—	39°,2	—	38°,7
4	—	39°,2	Plus de salicylate.	39°,4
5	—	38°,4	—	38°,6
6	—	38°,5	—	38°,7
7	—	39°,2	—	39°,4
8	—	37°,9	—	39°,2
9	—	37°,8	—	39°,5
10	—	38°,5	—	39°,4
11	—	37°,6	—	38°,5
12	—	37°,4	—	38°,7
13	—	38°,0	—	38°,4
14	—	38°,2	—	38°,6
15	—	37°,8	—	38°,6
16	—	37°,8	—	39°,2

	Matin.		Soir.
17 —	38°,0	—	40°,2
18 —	38°,8	—	38°,6
19 —	38°,4		39°,0
20 —	38°,5	—	38°,6
21 —	38°,2	—	38°,2
22 —	38°,1	—	39°,0
23 —	38°,9	—	40°,0
24 —	39°,4	—	39°,6
25 —	39°,0	—	39°,4
26 —	39°,0	—	39°,2
27 —	39°,1	—	38°,4
28 —	38°,4	—	38°,8
29 —	37°,2	—	38°,3
30 —	37°,2	—	38°,5
31 —	37°,6	—	38°,4
1er aout.	37°,4	—	38°,2
2 —	36°,6	—	37°,4
3 —	36°,8	—	37°,4
4 —	37°,2	—	37°,2

Nous ne multiplierons pas inutilement les exemples de cas heureux, choisis pour les besoins de la cause. Ils sont à peu près tous identiques aux premiers types que nous avons décrits. Disons seulement que nous possédons actuellement 64 observations complètes, non compris les typhoïdes encore en cours de traitement.

(*A suivre.*)

CLINIQUE CHIRURGICALE

HÔPITAL NECKER. — SERVICE DU PROFESSEUR **TRÉLAT**.

Deux cas de sarcome ostéo-périostique (1).

Sarcome ostéo-périostique non généralisé. — Amputation de jambe; par M. M. DÉNUCÉ, interne des hôpitaux.

Blanche M....., 18 ans. Aucun antécédent scrofuleux, scarlatine à 16 ans.

En décembre 1883, elle éprouva des *douleurs lancinantes* revenant par crises: ces crises, d'une durée de deux ou trois jours chacune, étaient séparées par des périodes de calme de huit à dix jours. Les douleurs siégeaient d'abord au niveau de l'articulation du genou droit, peu à peu le niveau de leur siège s'abaissa pour se fixer, en février 1884, à la malléole interne. Un peu au-dessus de la malléole, en mars, les téguments devinrent rouges, puis violacés. Il se forma en ce point, sur la face interne du tibia, un empâtement profond peu accentué qui atteignit rapidement le volume d'un œuf. Au commencement de juin, un médecin consulté crut à la présence d'un abcès. et pratiqua une incision. Il ne s'écoula que du sang. La plaie ne se referma pas et donna passage à un bourgeon mou, légèrement fongueux, de consistance molle. de couleur grisâtre. — La malade entra à l'hôpital Necker, le 28 juin 1884, et fut placée dans le service de M. le professeur Trélat, salle Ste-Marie, lit n° 3.

A son entrée, la malade est légèrement amaigrie et anémiée. Aucun signe de complication viscérale. A la partie inférieure de la *jambe droite*, elle porte une *tumeur* formée de deux parties, une masse principale, du volume d'un œuf, siégeant au-dessus et en avant de la malléole interne, portant à sa partie culminante le bourgeon auquel l'incision sus-mentionnée a livré passage, et un prolongement. de forme cylindrique, se détachant de cette masse et dirigé en bas, en avant et en dehors, vers la malléole péronière. La consistance de la tumeur est assez ferme. sa limitation assez nette, sauf au niveau de la malléole externe qui paraît repoussée en dehors. Par sa partie profonde. elle paraît fixée au tibia, et probablement au péroné. Pas de ballottement astragalien. *Ganglions inguinaux* peu volumineux et pas très durs. M. Trélat diagnostiqua un *sarcome d'origine périostale*, sans retentissement général, et pratiqua l'*amputation de la jambe* au lieu d'élection, le 1er juillet 1884.

Aujourd'hui 18 juillet), la malade. quoique la réunion par première intention n'ait pu être obtenue, et que la température ait pendant huit jours oscillé entre 39 et 40, va assez bien.

Dissection de la pièce. Les muscles amincis sont repoussés par la tumeur et ne lui adhèrent pas. Celle-ci a la forme décrite avant la dissection. Elle est parfaitement limitée. La consistance est assez dure. En fendant de haut en bas la masse principale, on constate qu'elle est formée d'un tissu à demi mou, ne contenant pas d'aiguilles, soit calcaires, soit osseuses sur la face externe du tibia, près du bord antérieur, un peu au-dessus de la malléole, la tumeur a creusé un orifice de la grandeur d'une pièce de cinquante centimes, par lequel elle a envoyé un prolongement dans l'épaisseur de l'os. Dans le reste de son étendue, l'os, quoique rugueux, a conservé sa consistance normale. De même les face interne et antérieure de la malléole péronière sont envahies par le néoplasme. En fendant le tibia, on constate que l'extrémité inférieure du canal médullaire est occupée par un prolongement de la néoplasie. Celle-ci a envahi l'épiphyse inférieure et, détruisant la partie externe de la surface articulaire, a envahi l'articulation tibio-tarsienne; la partie supérieure de l'astragale est également détruite par la tumeur.

L'*examen histologique* fait reconnaître que la tumeur est un sarcome fasciculé. Il a dû débuter par le périoste de la région sus-malléolaire tibiale, et de là s'étendre et envahir d'abord le tibia par les os voisins. Outre les cellules fusiformes, habituelles dans cette forme de sarcome, le tissu contient de nombreux myéloplaxes: quelques vaisseaux à parois embryonnaires et de nombreuses lacunes vasculaires nettement en rapport avec les myéloplaxes.

Sarcome ostéo-périostique à généralisation rapide; par M. M. DÉNUCÉ, interne des hopitaux.

X..., 17 ans, agriculteur, entre le 10 juin 1884, salle St-Pierre, lit n° 49 (service de M. le professeur TRÉLAT), hôpital Necker. Aucun antécédent, ni héréditaire, ni personnel.

Il y a neuf mois environ, le malade ressentit à l'extrémité inférieure du fémur gauche, des douleurs, d'abord légères, puis qui s'accentuèrent progressivement. Ces douleurs spontanées s'exaspéraient par la marche et la pression. Deux mois après, le malade remarqua une augmentation du volume de la région; il décrit cette augmentation de volume comme une sorte d'empâtement d'abord profond, puis de plus en plus superficiel et arrivant assez vite à déformer la région. Sur ces entrefaites, et à peine cinq mois après le début primitif, X... ressentit de la difficulté dans la mastication qui bientôt devint douloureuse. Vers le sixième mois, apparut vers l'union de la branche gauche et du corps du maxillaire inférieur une tumeur, mal limitée, dont le volume d'abord peu important s'accrut avec rapidité, faisant saillie aussi bien vers la partie externe de la région que dans la cavité buccale. En ce dernier point. en avant de la branche montante. la muqueuse s'ulcéra, donnant passage à des bourgeons fongueux, mous, très vasculaires, saignant au moindre contact. Ces hémorrhagies devinrent très fréquentes et abondantes. Le malade affaibli. cachectique, entra à l'hôpital. A ce moment il n'avait présenté aucun symptôme pulmonaire.

A son entrée. on constate que la cuisse gauche. dans son tiers, presque sa moitié inférieure, est très volumineuse, comparée au membre opposé. La région est le siège d'une tumeur profonde, semblant fixée profondément à l'os, et l'engaînant dans toute sa circonférence. Cette tumeur est sous-jacente aux masses musculaires qui se meuvent sur elle. En bas, elles s'arrêtent aux condyles, en formant audessus d'eux un bourrelet très appréciable en haut, elle s'effile, et son extrémité se confond peu à peu avec l'os. Du côté du maxillaire, on trouve une deuxième tumeur dans la région notée plus haut. Du volume de la paume de

(1) Communication faite à la *Société anatomique*.

la main, cette tumeur détermine une déformation appréciable à la vue. Au toucher, on reconnait qu'elle occupe toute la branche montante gauche du maxillaire inférieur, se prolongeant en bas vers l'angle, en haut vers la région temporale. D'une consistance assez ferme, elle est mal limitée. Elle est fixée par sa partie profonde, mais les téguments à sa superficie jouissent d'une certaine mobilité. Dans la cavité buccale, on voit les bourgeons dont j'ai déjà parlé.

L'abondance *des hémorrhagies* mettant la vie du malade en danger immédiat, M. le professeur Trélat se décide à pratiquer la résection de la moitié gauche du maxillaire inférieur. L'opération ne peut être complétée à cause des prolongements volumineux que la tumeur envoie en haut et en arrière. Ceux-ci sont cautérisés au thermo-cautère.

A la suite de cette opération, les hémorrhagies ont cessé. Mais le lendemain, le malade fut pris de *dyspnée grave* avec point de côté à droite, et crachats fétides. A la percussion, matité dans toute la hauteur du poumon droit. A l'auscultation, râles humides d'autant plus prononcés qu'on ausculte plus haut, et se rapprochant du type des râles secs, ronflants et sibilants à mesure qu'on se rapproche de la base. Suppression des vibrations vocales en haut. Augmentation de ces mêmes vibrations et bronchophonie à la base.

Le malade opéré le 24 juin mourut le 27.

Description de la pièce opératoire. Dans l'angle rentrant formé par la branche montante gauche et le corps du maxillaire, se trouve le point d'attache de la tumeur. Celle-ci, assez bien limitée en bas, est de consistance assez ferme, sa couleur est gris rosé, son volume égale presque celui d'un œuf. Sa surface, arrondie, est régulière, légèrement mamelonnée. A mesure qu'elle s'élève, empiétant sur les deux faces de la branche montante, mais particulièrement sur la face externe, recouvrant son bord antérieur, sa délimitation devient de moins en moins nette. Ces prolongements irréguliers s'insinuent entre les faisceaux musculaires voisins. La plupart d'entre eux, abandonnés pendant la dissection première de la tumeur, ont dû être poursuivis ultérieurement. Un de ces prolongements suivant le bord antérieur de l'apophyse coronoïde s'élevait vers l'apophyse zygomatique et la fosse temporale.

En examinant de près la tumeur, il est facile de reconnaître qu'elle est reliée à l'os par un pédicule assez étroit. L'ablation de la portion principale permet d'étudier la disposition de ce pédicule par rapport à l'os.

Jusqu'à la première grosse molaire, le maxillaire ne présente rien de particulier; immédiatement en arrière de cette dent, on trouve une solution de continuité occupant tout le bord alvéolaire jusqu'au canal médullaire, en profondeur, jusqu'à la branche montante en arrière. Cette cavité est limitée en avant par la molaire, et latéralement de chaque côté par les tables externe et interne de l'os. Elle communique, en outre, largement avec une autre solution de continuité, creusée sur la face buccale de la table interne du corps du maxillaire. Cette solution de continuité part en avant et en haut de la molaire, descend de façon à occuper toute la hauteur de l'os et empiète légèrement sur la branche montante. Sa face profonde est formée par une tablette osseuse, reste de la table interne profondément corrodée, et ayant même disparu à sa partie supérieure, de façon à établir la communication mentionnée. En haut, la partie antérieure du rebord alvéolaire interne subsiste, formant un pont incomplet et irrégulier. En avant, la tablette la plus interne de l'os est rejetée en dedans, formant une sorte de rebord irrégulier.

Les lésions les plus avancées occupent donc la face interne de l'os. Il est probable que la tumeur a débuté dans la couche sous-périostée interne: de là elle a envahi la table interne, puis le canal médullaire, d'où la chute des dents a permis une issue facile par le rebord alvéolaire.

Autopsie. — Rien dans les cavités *crânienne* et *abdominale*. Dans la cavité *thoracique*, le poumon gauche est sain. Il n'en est pas de même du poumon *droit*. L'extraction de celui-ci est rendue très difficile par des adhérences pleurales assez consistantes, et par les lésions mêmes du sommet du poumon réduit en une sorte de bouillie molle. L'extraction achevée, on constate que le poumon dans son tiers inférieur renferme des nodules sarcomateux de plus en plus nombreux et volumineux à mesure qu'on s'élève. Dans le tiers moyen, ces noyaux sont si rapprochés qu'ils semblent former une masse néoplasique unique. Le tiers supérieur est totalement réduit en bouillie. Rien au péricarde ni au cœur. Un examen attentif des divers os du squelette ne fait pas reconnaître de lésions autres que celle du fémur droit. Cet os est enlevé.

La tumeur semble engaîner la partie antérieure et inférieure de l'os, occupant les faces antérieure, externe et interne et ne laissant libre que la face postérieure, depuis les condyles jusqu'à la partie moyenne de l'os. Au-dessus de ce point, l'os paraît sain, puis la tumeur apparaît et va augmentant progressivement de volume jusqu'à son bord inférieur où sa circonférence atteint 26 centimètres. De dessous ce bord se dégagent les condyles dont les cartilages paraissent normaux. Les rebords postérieurs latéraux de la tumeur s'amincissent peu à peu pour se continuer insensiblement avec la face osseuse. La surface de la tumeur est régulière: sa consistance est ferme. — En la fendant avec un scalpel sur la face antérieure, on trouve une première zone, qui se laisse facilement entamer, quoique infiltrée de nombreuses aiguilles osseuses; puis on arrive sur l'os: celui-ci plus dur se laisse néanmoins fendre sans difficulté. L'os est alors ouvert dans toute sa longueur. Au-dessus du néoplasme, le tissu osseux est sain. Au point où apparaît la tumeur, elle est extérieure à l'os, sous-périostée: celui-ci, d'abord normal, ne tarde pas à être injecté, couleur lie-de-vin: puis, sa circonférence est entamée par le sarcome, dont des prolongements de plus en plus volumineux pénètrent dans son épaisseur. Plus bas, et dans un espace de 0,09 centimètres, l'os est entièrement envahi par la tumeur, sauf dans sa face postérieure, injectée. Toute cette étendue est formée d'un tissu sarcomateux, à demi mou, traversé par des esquilles osseuses, plus ou moins volumineuses et irrégulières. La tumeur s'arrête brusquement, au niveau du cartilage épiphysaire, parfaitement reconnaissable. Au-dessous, le tissu osseux est intact, d'une couleur rosée: les cartilages articulaires sont sains.

Examen histologique. Les tumeurs du maxillaire et du fémur ont une structure identique. Sur des morceaux pris à la périphérie et ne contenant pas de particules osseuses, des coupes sont pratiquées après congélation. Coloration au picro-carmin. Montage dans la glycérine. L'examen avec un grossissement moyen (oc: 1 obj., 4 Verick) montre que, des deux côtés, on a affaire à un sarcome, on pourrait presque dire un fibro-sarcome, tant sur certains points la proportion de tissu fibreux est abondante, contenant de nombreux éléments cellulaires, arrondis, peu volumineux, pourvus d'un gros noyau (plus rarement de deux ou plusieurs), avec un nucléole très apparent. Quelques éléments plus volumineux, à plusieurs noyaux (myéloplaxie) sont visibles, mais ils sont assez rares. Peu de vaisseaux à paroi propre, mais de nombreuses lacunes, irrégulières; la présence dans ces lacunes de globules sanguins déformés témoigne de leur rôle dans la vascularisation de la tumeur. Les aiguilles dures sont examinées après décalcification dans l'acide picrique (tumeur fémorale). Leur structure est nettement osseuse. Les canaux de Havers sont dilatés, et sur certains points forment des lacunes qu'emplissent des bourgeons sarcomateux. Ces deux tumeurs sont donc des sarcomes fascicules globo-cellulaires, contenant quelques myéloplaxes très peu nombreux. Les noyaux pulmonaires ont une structure analogue: ce sont des sarcomes globo-cellulaires purs.

En résumé, l'observation clinique montre que la maladie a débuté par le fémur. L'examen de la pièce prouve que la lésion a dû commencer par la couche sous-périostée. De là, la tumeur s'est étendue, envahissant d'une part cette couche dans une grande portion, et de l'autre s'infiltrant dans le tissu osseux qu'elle a peu à peu détruit. Seul, le cartilage de conjugaison a formé une barrière et résisté à l'envahissement de la néoplasie. D'un autre côté, peu de temps après

ce début, la maladie a envahi le maxillaire inférieur et s'est développée rapidement. Enfin, sa généralisation n'a pas tardé à atteindre le poumon où les lésions, quoique ne s'étant révélées par aucun symptôme clinique, paraissent assez anciennes. On peut conclure de cette étude qu'on se trouvait en présence d'une de ces tumeurs osseuses particulières dont l'étude est toute récente, d'un sarcome ostéopériostique, remarquable surtout par la rapidité de la généralisation.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Caisse de retraite pour les médecins.

Parmi les vingt mille membres que compte environ le corps médical français, les uns trouvent dans l'exercice de la profession honneur et profit, les autres (n'est-ce pas le plus grand nombre ?) vivent au jour le jour sans être assurés du lendemain. Le *lendemain*, voilà qui préoccupe toujours l'homme adonné à une profession libérale ! Le médecin, l'avocat, pour si brillante que soit leur situation présente, doivent compter avec l'avenir. Vienne la maladie, viennent seulement l'âge et ses infirmités, le médecin peu fortuné qui n'a pas fait d'économies ou qui a fait des dettes, se trouve réduit à la misère. La *misère*, le mot n'est pas trop fort, attend beaucoup de nos malheureux confrères. Si vous en doutez, consultez les registres de l'Association des médecins du département de la Seine, de l'association générale des médecins de France, et vous verrez combien grand est le nombre des médecins et des familles de médecins secourus par ces Sociétés.

Nous avons connu et tout le monde a connu des médecins illustres, des *princes de la science*, en possession pendant longtemps des ressources que donne la plus vaste clientèle, laisser pour tout héritage à leur famille des dettes insolvables. Si les grands médecins sont quelquefois réduits à cette extrémité, que penser des modestes praticiens des villes et des campagnes ? Que de souffrances ignorées ! Que de situations navrantes auxquelles font défaut les secours de l'Association bienfaisante !

Quelques médecins, considérant que les efforts de l'Association générale étaient insuffisants, ont songé à la création d'une caisse de retraite pour les médecins. La *retraite*, ce mot dit tout. Les employés, les fonctionnaires de l'Etat et des grandes Compagnies ont une retraite. C'est eette retraite qui attire et retient dans des situations médiocres une foule d'hommes que la peur du lendemain éloigne des professions libérales. On consent à végéter pendant 25, 30 ans, à la condition d'être assuré contre la misère.

Les médecins n'ont pas cette perspective d'un *repos appointé* que l'âge et les fatigues de la profession rendraient si nécessaire. Plusieurs de nos confrères ont voulu combler cette lacune : le Dr Benoist (de Saint-Nazaire), entre autres, a publié dans la *Gazette médicale de Nantes* (9 sept. 1884), un projet de retraite fort bien étudié au profit du corps médical français. Examinons rapidement l'économie de ce projet.

Pour M. le Dr Benoist, le corps médical se compose de trois catégories de membres : 1° les « princes de la science » et les favorisés de la fortune qui n'ont nul besoin de retraite ; 2° les médecins qui vivent largement de leur clientèle ; 3° les besoigneux qui vivent au jour le jour et dont le budget se solde presque toujours en déficit. L'idéal serait d'intéresser ces trois catégories de médecins à une fondation qui profiterait surtout aux derniers. L'adhésion de ceux-ci ne parait pas douteuse; il faudrait décider les autres en faisant appel aux sentiments charitables et à la bonne confraternité qui manquent rarement chez les médecins.

Déjà, M. le Dr Lande (de Bordeaux), avait publié un projet de caisse de retraite qui n'a pas fait fortune. M. Benoist attribue cet insuccès à la double raison que les cotisations étaient trop élevées et que la famille était mise à l'éart. Aussi, s'est-il spécialement appliqué à éviter ce double écueil. Pour qu'une caisse de retraite au profit du corps médical réussisse, il faut, d'après le Dr Benoist : 1° que la cotisation soit peu élevée ; 2° que les résultats soient prochains; 3° que tous les médecins, quel que soit leur âge, puissent en faire partie; 4° qu'on puisse y intéresser la famille. Pour remplir ces quatre indications, voici quelques-unes des mesures proposées par M. Benoist.

Il demande à chaque médecin, à partir de sa quarantième année, une somme annuelle de 100 fr. et crée immédiatement avec les intérêts de la somme ainsi obtenue un certain nombre de retraites qu'il affecte aux médecins les plus âgés. Supposons mille médecins s'étant engagés à verser chacun 100 fr. par an ; à la fin de la première année, la Société se trouverait possesseur d'un capital de 100.000 fr. ayant produit 4.000 fr. d'intérêt qu'on affecterait par rang d'âge aux 10 médecins les plus âgés. L'année suivante, on fondrait dix autres retraites et le capital inaliénable serait augmenté de cent autres mille francs. En 10 ans, ce capital serait d'un million, le nombre des retraites serait de 100, et, en tenant compte de la mortalité des pensionnaires, plus de 150 membres auraient bénéficié de la retraite de 400 francs ainsi obtenue. A l'aide de ce mécanisme, l'auteur assure à chaque sociétaire âgé de plus de 50 ans, cette retraite de 400 fr. qu'il rend susceptible d'augmentation et réversible par moitié sur la veuve du bénéficiaire. Sans doute, c'est là un chiffre bien modeste, mais on aurait tort de le négliger ; il faut considérer ces retraites comme des *secours* et non comme des fondations destinées à assurer l'*aisance* ou le *bien-être*. Aussi, passerons-nous volontiers sur les objections qu'on pourrait adresser au Dr Benoist relativement à la modicité de la somme qu'il promet à ses adhérents nécessiteux. Ce qui nous semble surtout difficile à réaliser, dans ce projet de caisse de retraite, c'est un nombre suffisant de médecins consentant à payer 100 fr. par an. Si l'on veut assurer le paiement régulier des cotisations, il faut abaisser ces cotisations à un minimum que ne comporte pas l'économie du projet du Dr Benoist. Ce n'est pas à dire que la difficulté soit insurmontable, surtout pour un philanthrope aussi distingué et aussi dévoué que le Dr Benoist. Nous souhaitons de grand cœur que notre confrère obtienne le succès que méritent ses efforts et sa généreuse initiative.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 6 octobre 1884.

M. Rodet a cherché à déterminer si l'*ostéomyélite infectieuse* était due à un microbe et si celui-ci était spécifique. Le pus de l'ostéomyélite infectieuse, disséminé dans tout l'organisme du lapin par injection intraveineuse, montre une préférence marquée pour les os, spécialement pour les parties de plus rapide accroissement. Il y détermine des lésions d'ostéite juxta-épiphysaire, nécrosique et suppurée, analogues à celles de la vie humaine.

M. Lailler rappelle, à propos des travaux de M. Mairet, qu'en 1876 il a publié un mémoire sur l'urine des aliénés. Ses recherches sont en conformité avec celles de M. Mairet sur le rôle de l'acide phosphorique dans le fonctionnement du système nerveux.

M. Beauregard (séance du 13 octobre) communique les résultats de ses recherches sur le développement des insectes vésicants. P. R.

Séance du 20 octobre 1884.

M. S. Arloing fait connaître les résultats de nouvelles expériences comparatives sur l'inoculabilité de la scrofule et de la tuberculose de l'homme au lapin et au cobaye. Il maintient la distinction entre ces deux maladies et permet de poser expérimentalement un diagnostic différentiel important au point de vue de la clinique.

M. Marey donne lecture d'un important travail sur les eaux contaminées et le choléra. Il montre que la théorie microbienne explique tous les faits que l'observation a révélés, et il affirme que parmi les influences multiples capables de transmettre la maladie, la souillure des eaux livrées à l'alimentation publique domine toutes les autres

Séance du 27 octobre.

M. Dumont étudie un projet de canal d'assainissement de Paris à la mer.

M. Hureau de Villeneuve adresse une note relative à l'eau distillée employée comme boisson. Cette eau n'est ni désagréable au goût, ni difficile à digérer. P. R.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 6 janvier 1885. — Présidence de M. Bergeron.

M. Marc Sée fait une communication sur un *mode de pansement permanent*. Lorsque une plaie est sur le point d'être suturée. M. M. Sée arrête le sang d'une manière aussi complète que possible, d'abord au moyen de ligatures en catgut, puis à l'aide d'une légère insufflation de poudre de sous-nitrate de bismuth. Lorsque tout suintement a cessé, il fait, lorsque la plaie a une certaine étendue. des sutures profondes enchevillées et des sutures artificielles à points séparés. Toutes ces sutures sont faites au catgut. Les tubes destinés à assurer l'écoulement des liquides sont en caoutchouc rouge. La plaie ainsi traitée est de nouveau saupoudrée avec du bismuth, puis elle est recouverte d'un tampon de cellulose phéniquée, dans l'intérieur duquel on a glissé un sachet contenant une certaine quantité de sublimé. Le tout est maintenu en place à l'aide de bandes de gaze par-dessus lesquelles on applique une bande de caoutchouc. Les tubes sont retirés au bout de trois à quatre jours et le pansement n'est enlevé qu'au bout de quinze jours, trois semaines, alors que la cicatrisation est définitive.

M. Vozneusky fait une communication relative à une *nouvelle théorie du choléra*. — D'après M. Vozneuski, le ralentissement du pouls est un phénomène prodromique que présentent souvent les individus atteints du choléra. Ce phénomène expliquerait les différentes formes que revêt cette maladie ; la stase sanguine, en effet, jouerait le rôle principal. Cette stase sanguine porte d'abord sur le système où la circulation est le moins active, c'est-à-dire sur le système porte, d'où la période diarrhéique ; plus tard, elle porte sur la circulation de la peau et des muscles, d'où la période algide ; enfin, sur le système cardio-pulmonaire, d'où la période asphyxique. Après avoir imaginé une pathogénie aussi simple des diverses modalités du choléra, M. Vozneusky en arrive à formuler une thérapeutique non moins catégorique. Cette thérapeutique devra activer la circulation générale. En conséqence, M. Vozneusky conseille l'emploi de l'acide cyanhydrique et de la vératrine.

M. Ernest Besnier lit un rapport sur le *concours du prix pour* 1884. A. Josias.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 4 avril 1884. — Présidence de M. Cornil.

1. Recherches sur l'anatomie pathologique et la nature des érythèmes, et de l'érythème polymorphe en particulier; par M. le Dr H. Leloir, chef de clinique de la Faculté.

L'érythème, dans ses diverses variétés, est constitué anatomiquement par des phénomènes hypérémiques (variant comme intensité depuis l'hypérémie congestive simple ou non exsudative la plus passagère, jusqu'à l'hypérémie exsudative la plus accentuée), et pouvant se compliquer parfois, d'un certain degré d'inflammation. Mais cette inflammation, quand elle existe (et c'est l'exception, comme nous le verrons), est très légère, très fugace ; ce sera plutôt une hypérémie inflammatoire (dans le sens allemand du mot) qu'une inflammation franche proprement dite.

Nous ne nous occuperons ici que de l'étude des lésions anatomiques de l'*érythème polymorphe* (mot préférable au point de vue anatomique à celui d'érythème exsudatif multiforme, car tous les érythèmes *saillants* sont exsudatifs).

L'étude de cette variété d'érythème comprend l'étude de toutes les formes élémentaires de l'érythème, depuis la macule jusqu'à la nouure, depuis la petite exsudation apparaissant au centre de la papule jusqu'à la bulbe, depuis la légère diapédèse des globules rouges qui complique toujours l'hypérémie exsudative ou œdémateuse jusqu'à l'ecchymose. *Donc, en étudiant l'érythème polymorphe, nous aurons passé en revue toutes les formes anatomiques, toutes les lésions élémentaires des érythèmes en général.* Nous étudierons successivement dans l'érythème polymorphe les stades suivants, dont nous avons pu recueillir des échantillons au moyen de la biopsie sur plusieurs malades du service de notre éminent maître, M. le professeur Fournier.

1° *Simple rougeur ou macules* plus ou moins irrégulières, sans infiltration apparente de la peau et se terminant parfois par une légère desquamation.

A ce stade, des coupes fines pratiquées perpendiculairement à la surface de la lésion élémentaire montrent seulement : A. Une *dilatation des vaisseaux* du derme en particulier de ceux de la couche papillaire et des régions moyennes du derme. B. Bien qu'il n'y ait pas d'infiltration apparente de la peau, il existe déjà parfois un *très léger degré de diapédèse de globules blancs;* les globules blancs sont toujours presque accolés aux vaisseaux, d'où ils sont sortis. En somme. on constate ici seulement un degré accentué d'hypérémie simple, accompagné d'un léger degré des phénomènes caractéristiques de l'hypérémie exsudative au début. (*Voir plus haut.*)

2° Dans un degré un peu plus accentué, ce sont des taches de dimension variable, d'un rouge vif, un peu bleuâtres par places. *Ces taches sont accompagnées d'un léger épaississement de la peau et font un léger relief.*

Ici les phénomènes d'exsudation sont constants. Les vaisseaux dilatés. en particulier ceux des papilles et de la couche moyenne du derme, sont entourés de véritables manchons de cellules lymphatiques extravasées; ils sont

gorgés de globules rouges. Il y a en même temps extravasation de quelques globules rouges et d'une partie du sérum sanguin, coloré sans doute en rouge par l'hémoglobine, comme cela s'observe toujours dans les hypérémies exsudatives passives. Ces phénomènes expliquont l'apparition des taches rouge vif ou violacées ainsi que l'ecchymose souvent consécutive à la disparition de la macule.

3° Si les phénomènes d'exsudation sont plus accentués, alors on voit survenir une véritable *papule*. Dans ces cas, il y a *hypérémie exsudative du derme et de l'hypoderme, mais surtout du derme*.

Nos examens nous ont montré que, dans les stades précédents, l'hypoderme paraît intact. L'œdème hypodermique ne semble donc se montrer qu'avec la forme papuleuse.

Nous ne pensons donc pas avec Lewin (*Berliner Klinische Wochenschrift*, et *Charité Annales*, t. III, p 622), que dans l'érythème polymorphe l'exsudat débute toujours primitivement par l'hypoderme et que l'hypérémie dermique soit consécutive. A ce stade, les phénomènes principaux qui frappent l'œil de l'observateur lorsqu'il examine la coupe d'une de ces lésions élémentaires au moyen d'un grossissement faible sont une dilatation vasculaire notable et une diapédèse considérable. Les leucocytes forment des traînées ou des manchons épais autour des vaisseaux du derme dilaté. Mais non seulement ces globules sortis par diapédèse se trouvent groupés autour des vaisseaux et des glandes si riches en vaisseaux, mais ils se rencontrent à une distance plus ou moins grande do ces vaisseaux, soit disséminés d'une façon irrégulière entre les mailles du tissu conjonctif, soit au contraire formant parfois des amas, des groupes plus ou moins nombreux, plus ou moins grands et plus ou moins denses dans les différents points du derme, surtout au niveau de sa couche moyenne.

Il est probable que ces amas de globules blancs ont été pris par Kohn (*Iarbuch für Kinderheilkunde*, 1868), Obtulovitz (Köbner, *Berliner Klinische Wochenschrift*, 1877), etc., pour des cellules embryonnaires en prolifération. On constate dans l'hypoderme tous les signes d'un œdème peu accentué de l'hypoderme, ainsi que cela a été bien vu d'ailleurs par le professeur Cornil et le professeur Renaut. En plusieurs endroits, au niveau des papilles, on voit ces globules blancs s'insinuer entre les cellules de la couche profonde du corps de Malpighi, pour pénétrer plus avant dans l'épiderme en suivant les espaces intercellulaires du corps de Malpighi.

Ces *cellules migratrices* sont plus ou moins abondantes, suivant les cas; on peut les rencontrer jusque dans les cellules les plus superficielles du corps de Malpighi. Nous en avons même rencontré, rarement il est vrai, jusque dans la couche granuleuse.

Dans cette forme papuleuse pure, on ne constate pas du côté de l'épiderme ces modifications si accentuées et si intéressantes que nous étudierons bientôt à propos des érythèmes vésiculeux, bulleux. etc. Cependant, il existe assez fréquemment une *dilatation du nucléole* d'un certain nombre de cellules du corps de Malpighi. Cette dilatation des nucléoles d'un certain nombre de cellules, et la plus grande abondance de cellules migratrices dans le corps de Malpighi nous expliquent la desquamation de l'épiderme. (Cornil, Renaut.

Parfois, quelques cellules présentent les signes de l'*altération cavitaire*; nous y reviendrons.

Outre la diapédèse des globules blancs, il y a toujours extravasation d'une quantité plus ou moins considérable de *globules rouges*. Ces globules rouges peuvent se rencontrer non seulement au voisinage des vaisseaux, mais même à une grande distance de ceux-ci. soit isolés, soit réunis en groupes plus ou moins grands. (V. pl.

Dans certaines variétés d'érythèmes papuleux à tendance hémorrhagique, ces amas de globules rouges sont assez considérables. Les transformations que subit le sang extravasé rendent compte des teintes ecchymotiques plus ou moins accentuées, presque toujours consécutives à la disparition des lésions élémentaires de l'érythème polymorphe. Souvent on trouve entre les faisceaux conjonctifs ou dans les cellules plates qui les tapissent des granulations colorées en jaune clair, très petites, parfois anguleuses, qui proviennent évidemment de la matière colorante du sang (Cornil, cours de la Faculté, 1884). Dans nos différents cas, même sur des préparations colorées à l'aide de l'éosine ou au moyen du procédé de Ehrlich, nous n'avons trouvé aucune spore, aucun tube de mycélium, aucun microbe, aucun bacille, aucun parasite en un mot.

Rappelons, à ce propos, que Kohn (*Archif. für Dermatologie und Syphiligraphie*. 1871. p. 311) a décrit des tubes de mycélium dans l'érytheme polymorphe. Il est vrai que depuis cette époque ces tubes de mycélium n'ont été revus par personne ni même par Kohn. On ne saurait trop se mettre en garde contre les causes multiples d'erreurs pouvant être la cause de l'introduction de parasites quelconques dans les préparations de peau; et l'on ne saurait trop se rappeler qu'il existe très souvent des parasites dans l'épiderme ou à la surface de l'épiderme, même normal.

Dans ces formes papulaires de l'érythème polymorphe les lésions de l'œdème hypérémique qui accompagnent toujours à un degré plus ou moins avancé l'hypérémie exsudative sont beaucoup plus accentuées. On trouve çà et là une assez grande quantité d'*espaces lymphatiques dilatés*. Ils se présentent sous forme de lacunes plus ou moins étalées, creusées en quelque sorte entre les faisceaux du tissu fibreux et revêtues en dedans d'une couche endothéliale comme l'a bien montré Renaut. Les cellules plates du tissu conjonctif qui tapissent ces espaces lymphatiques sont gonflées; beaucoup d'entre elles sont granulo-graisseuses et présentent un noyau fort apparent, souvent vésiculeux; mais elles ne présentent pas de tendance à la prolifération. Souvent cet endothélium desquamé forme des amas caractéristiques. Les espaces lymphatiques qui entourent les glandes sudoripares, et, à un moindre degré, les glandes pilo-sébacées, sont entourés d'une grande quatité de globules blancs mélangés de quelques globules rouges.

Parfois, deux ou trois espaces lymphatiques dilatés peuvent se disposer de manière à entourer un vaisseau sanguin, mais toujours à distance et sous forme de croissants creusés dans le tissu fibreux, comme l'a également bien montré Renaut à propos des œdèmes cutanés.

Ces espaces lymphatiques et ces lymphatiques contiennent des caillots de lymphe bien apparents sur les préparations de peau vivante fixées par l'acide osmique. Ils sont entourés d'une certaine quantité de leucocytes. Le liquide exsudé que l'on trouve entre les mailles du tissu conjonctif n'est pas spontanément coagulable et dans nombre de cas il ne nous a pas paru contenir de fibrine. Toutefois. il n'en est pas toujours ainsi, et cela se comprend d'ailleurs, car nous sommes en quelque sorte à cheval sur l'inflammation et l'hypérémie.

Le professeur Cornil (*cours de la Faculté*, 1884) et nous-même avons trouvé de la fibrine dans les lymphatiques dilatés. Ces faits-là sont néanmoins exceptionnels.

L'on conçoit très bien, et nous avons montré plus haut comment. que l'œdème congestif, en s'accentuant et en comprimant les vaisseaux centraux du cône vasculaire, siège de la lésion élémentaire, le centre de celle-ci s'anémie. C'est ainsi que se produit le pomphy de l'urticaire, lequel accompagne d'ailleurs souvent l'érythème polymorphe. Aussi les lésions anatomiques de l'urticaire sont-elles très voisines de celles de l'érythème polymorphe, ainsi que nous avons pu le constater sur une papule d'urticaire excisée sur nous-même et fixée de suite par l'acide osmique.

Parfois il se produit autour de la lésion élémentaire, et à une assez grande distance de celle-ci même, un œdème étendu et accentué. Cet œdème peut même devenir légèrement inflammatoire et des lymphangites se produire.

4° Si les phénomènes précités s'accentuent encore davantage, si l'hypoderme est envahi d'une façon plus accentuée encore. si les cellules du tissu conjonctif tendent à proliférer. alors apparaît l'*érythème papulo-tuberculeux* ou érythema tuberosum.

Ici. la limite étroite qui sépare l'hypérémie de l'inflam-

mation est en quelque sorte franchie. Les cellules fixes tendent à proliférer et le liquide exsudé contient souvent de la fibrine. Mais ici encore ce sont surtout les phénomènes d'hypérémie exsudative ou d'œdème congestif qui prédominent. Jamais on n'y trouve cette infiltration serrée et dense de cellules embryonnaires avec absence de signes caractérisés d'hypérémie exsudative que l'on observe dans certaines inflammations papuleuses de la peau.

J'ai observé dans le service du professeur Fournier, en 1883, un cas d'érythème polymorphe survenu chez un syphilitique rappelant de très près par ses caractères une syphilide varioliforme, puis, plus tard, une syphilide papuleuse ou papulo-vésiculeuse, *dont l'examen histologique permit de constater d'une façon certaine que l'on était en présence d'une hypérémie exsudative accentuée, d'un érythème en un mot et non en présence d'une néoplasie cutanée, d'un syphilôme comme on l'avait cru pendant quelques jours. La biopsie est donc d'une utilité diagnostique incontestable dans certains cas d'érythème polymorphe*, en précisant les caractères cliniques dépendant de l'absence de néoplasie proprement dite. Aussi, dans les érythèmes, ces tuberosités, malgre leur volume, ne persistent-elles pas longtemps : *elles sont fugaces*. D'autre part, si l'on serre fortement entre les doigts ces papules, *on les réduit*, on les fait disparaître pour un moment et l'on voit bien ainsi que l'on a affaire non à une néoplasie, mais à une hypérémie exsudative ou œdémateuse. Rappelons enfin que, d'après Lewin, l'infiltration débuterait d'abord dans le tissu conjonctif sous-cutané et que l'hypérémie lui serait consécutive.

En général, dans ces érythèmes tubéreux, la diapédèse des globules rouges est très abondante. Aussi ces formes d'érythème sont-elles toujours suivies d'ecchymoses accentuées, et *par cela encore elles se rapprochent beaucoup de l'érythème noueux* où l'extravasation du sang est si accentuée. Nous n'avons pas rencontré dans les capillaires et petits vaisseaux du derme les embolies que Kohn considère comme étant la cause de l'érythème noueux, dont il fait une sorte d'infarctus inflammatoire, sans démonstration histologique, il est vrai.

Lésions de l'épiderme dans l'érythème polymorphe. Erythème bulleux ou pemphigoïde. Erythème vésiculeux (Herpes ou érythéma iris).

Les lésions de l'épiderme dans l'érythème polymorphe sont à peine décrites. Nous avons eu occasion de les étudier en 1883 sur des papules recueillies sur un malade du service du professeur Fournier, malade atteint d'un érythème polymorphe simulant, à s'y méprendre, une syphilide varioliforme ou même une varioloïde, et chez lequel le diagnostic demeura incertain pendant 48 heures. D'une façon générale, le processus qui préside à la formation de ces saillies bulleuses ou vésiculeuses est celui de la *phlycténisation*. Cependant, sur une des lésions élémentaires recueillies sur notre malade, nous avons constaté nettement le processus qui préside à la *vésiculation (altération cavitaire)*. Voici ce que nous avons observé chez ce malade :

Dans un premier degré, alors qu'il n'existait pas encore de phlyctènes ou de vésicules appréciables à l'œil nu, on constatait cependant que le corps de Malpighi était envahi par une grande quantité de *cellules migratrices*; que la zône hyaline centrale périnucléaire d'un certain nombre de cellules du corps de Malpighi était notablement agrandie: en un mot qu'il existait en certains points de l'épiderme un *début d'altération cavitaire* (voir Leloir, *Archives de physiologie*, 1878-1880, etc.).

D'autre part, quelques cellules présentaient une dilatation considérable de leurs nucléoles.

En quelques points, l'on trouvait au niveau de la couche granuleuse une espèce de décollement de l'épiderme corné au-dessous de cette couche. Sur une autre lésion élémentaire qui présentait au centre une vésicule, on constatait : d'une part, une altération cavitaire assez prononcée en certains points de la partie moyenne du corps de Malpighi, comme cela se rencontre dans certaines vésicules ; d'autre part, on constatait au niveau du sommet de quelques papilles des lésions intéressantes.

Les cellules cylindriques de la couche perpendiculaire se trouvaient détachées en masse par places sur une étendue d'une dizaine de cellules environ et constituaient ainsi une sorte de *phlycténule profonde minuscule*, dont la cavité était remplie par un exsudat légèrement fibrineux contenant des leucocytes. En d'autres points, au contraire, elles présentaient des lésions assez analogues à celles décrites par Campana (*Movimento Med. Chir.*, Napoli, 1877), c'est-à-dire qu'elles étaient en partie détachées du sommet de la papille, ou qu'en d'autres points elles étaient plus allongées et comme plus élargies.

En somme, il existait dans ce cas des lésions mixtes avortées, embryonnaires en quelque sorte : 1° de phlyctènes profondes; 2° de vésiculation. Mais ces lésions, je le répète, étaient embryonnaires ou avortées.

Chez un autre malade (service du Dr Lailler, 1879) et sur une autre lésion élémentaire où existait une bulle assez nette, nous avons, au contraire, trouvé toutes les lésions histologiques de la phlyctène superficielle, c'est-à-dire que l'épiderme corné, soulevé en masse avec quelques parties du stratum lucidum, constituait la paroi superficielle de la bulle, et ce qui restait du stratum lucidum, ainsi que la couche granuleuse, en constituait la paroi profonde. Quant à la cavité de la bulle, elle contenait un liquide renfermant à peine quelques traces de fibrine et de très rares leucocytes. *Telles sont les lésions épidermiques que nous avons observées dans plusieurs cas d'érythème polymorphe accompagné de la formation de phlycténules, de bulles, de vésicules.*

Elles pourraient servir de type aux lésions de l'épiderme dans les différentes variétés d'érythème.

On peut, en somme, les résumer ainsi : Sous l'influence de l'hypérémie exsudative, les liquides extravasés et un certain nombre de globules blancs tendent à pénétrer dans l'épiderme. *Cette pression de dedans en dehors tend à soulever en masse l'épiderme par places, mais ce soulèvement, véritablement microscopique, ne se fait que sur des espaces très limités. (Formation de phlyctènes profondes avortées ou embryonnaires).*

Les liquides ou les cellules migratrices pénètrent dans l'épiderme, cheminent dans les espaces intercellulaires qu'ils dilatent. Sous l'influence de cette sorte d'irritation, *un certain nombre de cellules du corps de Malpighi présentent les caractères de l'altération cavitaire. (Formation de vésicules avortées.)*

D'autres présentent, au contraire, les signes de l'atrophie du noyau par dilatation du nucléole. Les cellules qui ont ainsi perdu leur noyau ont perdu toute activité formative et parvenues au niveau de la zône granuleuse, elles ne peuvent produire qu'une kératinisation nulle ou incomplète. Elles ne se soudront qu'incomplètement aux cellules voisines et constitueront au niveau du stratum lucidum ou au niveau du stratum granulosum, de petites lignes de clivage minuscule, des *loci minoris resistentiæ*.

Sous l'influence de la pression de dedans en dehors par les liquides exsudés dans le derme, ces loci minoris résistent ou cèdent ; *il se produit un véritable clivement de l'épiderme au niveau du stratum granulosum ou du stratum lucidum : la phlyctène superficielle est constituée.*

En général le liquide de ces phlyctènes superficielles est clair. Dans certains cas, cependant, la diapédèse des leucocytes est beaucoup plus abondante, et le liquide des bulles rempli de globules blancs dégénérés et d'une certaine quantité de fibrine peut devenir purulent. *Lorsque cet exsudat purulent se fait dans une bulle, on conçoit très bien, si l'on se rappelle la structure anatomique de la bulle, constituée par une cavité unique, que le pus doive tomber vers les parties déclives.* C'est ce qui explique pourquoi l'on rencontre parfois des bulles dont la moitié supérieure est absolument claire, et dont la moitié inférieure où s'est accumulé le pus présente un aspect jaunâ-

tre, lactescent. *On conçoit également que, dans les vésicules et vésico-pustules constituées par une série de cavités plus ou moins grandes* résultant de l'altération spéciale de l'épiderme décrite par nous sous le nom d'*altération cavitaire* (Leloir, *Arch. de physiologie*, 1878-1880) il n'existe pas de phénomènes semblables, *et que le pus se trouve disséminé dans la vésico-pustule, dans toutes les petites cavités ou loges qui la constituent.* Enfin, dans certains cas, lorsqu'il y a eu également une extravasation de globules rouges ou de sérum coloré par le sang, le liquide des bulles peut devenir hémorrhagique et présenter une teinte rouge plus ou moins foncée. Jamais, à la suite de ces bulles ou pseudo-bulles, on ne voit survenir d'altérations véritables, et les légères exulcérations consécutives à ces lésions épidermiques guérissent toujours rapidement sans laisser à leur suite de cicatrices.

A la suite de ces lésions élémentaires, il ne persiste plus qu'une exfoliation de courte durée et une teinte ecchymotique ou bistrée plus ou moins persistante.

Telle est l'anatomie pathologique de l'érythème polymorphe.

Si elle nous donne des renseignements précis sur sa structure intime, si elle nous montre que nous avons affaire à des lésions d'hypérémie et d'hypérémie inflammatoire, elle ne nous fournit malheureusement que des données très vagues sur son étiologie intime. Yarisch a publié (*Viertel Iareschrift für Dermatologie*, 1880) des lésions de l'axe gris central de la moelle dans un cas d'herpès iris.

Certaines formes de l'érythème exsudatif multiforme se rapprocheraient donc par leur pathogénie de certains pemphigus dont l'origine trophoneurotique est démontrée (Déjerine, Leloir, Schwimmer, P. Mayer, Babès, etc.). (Voir pour plus de détails mon article *Trophonévrose du Dict. de Jaccoud*, 1884).

En est-il toujours ainsi? Il est difficile de le dire, le cas de Yarich étant encore le seul qui existe. D'autre part, malgré les recherches de Kohn, on n'a pas encore trouvé de parasites dans l'érythème polymorphe, bien que différentes raisons plaident en faveur de la matière infectieuse, dans certains cas du moins. Ainsi on l'a constaté tout à fait au début de la syphilis, dans la pneumonie, des processus septiques et infectieux, certains états rhumatoïdes infectieux, la grippe (Siredey, etc., etc.). Force nous est donc de le considérer actuellement comme une *angionévrose* dont les causes peuvent être très différentes et très multiples.

3. Cancer de l'utérus à forme ulcéreuse. — Péritonite latente. — Péricardite hémorrhagique. Observation présentée à la Société anatomique; par J. Darier, interne des hôpitaux.

La nommée de B..., 57 ans, matelassière, est apportée le 17 janvier 1884 (service de M. Mesnet, à l'hôpital Saint-Antoine).

Cette femme est dans un état de maigreur et d'affaiblissement pitoyable et jouit d'une intelligence plus que médiocre. Tous les renseignements qu'elle donne, contredits souvent par elle-même le lendemain, sont trop incertains pour mériter d'être rapportés. Ce qui est constant toutefois, c'est que depuis fort longtemps elle se livrait à des excès de boissons; en outre, depuis un mois environ, elle est tombée dans la plus profonde misère et a grandement souffert de la faim. L'examen de tous les appareils, pratiqué à son entrée, n'ayant rien fait découvrir d'anormal, on considéra cette femme comme famélique seulement et on lui prescrivit un régime spécial. Dans la suite on remarqua qu'elle ne se fortifiait guère, qu'elle mangeait en somme fort peu, se déclarant souvent rassasiée après une portion de potage.

Examinée à plusieurs reprises, elle fut toujours trouvée dans l'état suivant: Maigreur et pâleur, langue normale, jamais de vomissements, constipation habituelle, ventre peu ballonné et souple, sans ascite, pas trace de tuberculose, cœur normal, foie et rate normaux, urines claires sans sucre ni albumine.

Au bout de quelques semaines, le teint prit une coloration d'un jaune terreux caractéristique: rien ne permettait d'assigner une localisation quelconque au cancer. Puis apparurent des œdèmes peu marqués et fugaces. Il importe de noter l'absence complète de tout écoulement séreux ou purulent, à plus forte raison sanguin par le vagin; l'absence de douleurs abdominales, de fièvre (quelquefois 38° le soir), de vomissements; l'étendue normale de la matité précordiale, le défaut de palpitations et de bruits anormaux à l'auscultation du cœur. Les trois derniers jours de sa vie un nouveau symptôme survint: chaque fois que la malade avait bu, la déglutition se faisait parfaitement bien, elle était prise d'une véritable syncope durant 30 ou 40 secondes. La tête renversée sur l'oreiller, les yeux convulsés en haut, les extrémités cyanosées, le pouls complètement éteint, elle semblait avoir succombé, et revenait à elle peu à peu seulement. Le 2 avril, une de ces syncopes l'emporta.

L'autopsie fut pratiquée le 3 avril 1884, à 4 heures du soir. La cavité pleurale du côté droit contient environ un demi-litre de sérosité citrine, parfaitement claire, où flottent un petit nombre de flocons fibrineux. — Rien dans la plèvre droite. Des deux côtés, quelques adhérences fibreuses anciennes. Les deux poumons sont œdématiés; du côté gauche on trouve 3 ou 4 lobules en hépatisation rouge, groupés sur le bord antérieur. Pas de tubercules. Entre les poumons, l'espace occupé par le péricarde et son contenu paraît d'emblée exagéré. En ouvrant le sac péricardique par sa face antérieure, on le trouve adhérent au feuillet viscéral. Mais ces adhérences très intimes sont en même temps friables et se rompent aisément. En remontant du côté de l'oreillette gauche, nous trouvons tout d'un coup, et sans avoir employé d'instrument tranchant, une cavité d'où s'écoule immédiatement et en jet une grande quantité de sang. Ce sang est noirâtre, épais, presque poisseux et ne contient pas de caillots. Quand il s'en est écoulé environ 300 à 400 grammes, on constate que la cavité qui le contenait est limitée par les deux feuillets du péricarde lui-même. Sur le bord de l'oreillette gauche et sur toute la face postérieure des oreillettes et des ventricules se trouve cette cavité parfaitement close, tapissée d'un feuillet friable, fibrineux, à surface vileuse, rougeâtre, tomenteuse sur quelques points. Aux points où les feuillets viscéral et pariétal se réunissent tout autour de la cavité, cet exsudat en forme de fausse membrane se continue en se réfléchissant de l'une des parois sur l'autre. Détail curieux: l'auricule gauche est comprise dans la région de l'épanchement enkysté et on la trouve retournée en doigt de gant, invaginée dans l'oreillette sans doute sous l'influence de la pression du liquide dans la cavité péricardique. Près de la pointe du cœur, la cavité dépasse le bord droit et envahit un peu sur la face antérieure du ventricule droit dans l'espace de quelques centimètres. Cette partie antérieure est réunie à la postérieure par un canal étroit, admettant à peine l'auriculaire. En somme, la portion du péricarde contenant du sang enkysté avait la forme d'une cavité en bissac

Le *cœur* lui-même est flasque, le myocarde semble néanmoins normal. Les deux endocardes sont sains, y compris les valvules auriculo-ventriculaires et les sygmoïdes. L'aorte offre un peu d'athérome au niveau de la crosse seulement.

Les autres organes du médiastin sont normaux. L'œsophage était sans doute un peu comprimé par l'épanchement péricardique. Une fois les organes extraits de la cavité thoracique, on ne peut plus s'en assurer. La cavité péritonéale ne contient pas de liquide. Au contraire, sa cavité est effacée partout par des adhérences. Les replis de l'intestin sont agglutinés entre eux et au péritoine pariétal par des courts tractus fibrineux comme ceux d'une péritonite récente. En certains points pourtant, notamment autour du foie et dans le petit bassin, les adhérences sont fibreuses et beaucoup plus résistantes. L'*estomac* est dilaté, sa muqueuse friable par auto-digestion montre de nombreuses dilatations vasculaires. Le reste du tube digestif est normal.

La rate est petite et ferme. Le foie est très gras.

Les reins semblent absolument normaux, sauf un cer-

tain degré d'adhérence de la capsule qui entraîne, quand on l'arrache, quelque peu de la substance corticale. Leur volume est normal, pas de kystes.

Les uretères sont sains et de calibre normal. La vessie, revenue sur elle-même, est vide. L'utérus offre un corps normal, mais le col a entièrement disparu. Il a été rougi et détruit par une ulcération cancéreuse qui occupe en même temps le 1/3 supérieur du vagin. Cet « ulcère cancéreux » si l'on peut dire ainsi, présente une surface ardoisée, irrégulière, tomenteuse même, qui repose sur un tissu pathologique d'une très minime épaisseur. Il en résulte que le toucher ne donne pas la sensation de bourgeons friables habituelle dans le cancer, et c'est à peine s'il y a un peu moins de souplesse dans les culs-de-sac du vagin. Les ganglions de l'excavation pelvienne sont, ainsi que ceux de la région lombaire, tuméfiés, volumineux, et sont évidemment envahis par le cancer ; à la coupe, le raclage fournit un suc laiteux. Cette altération des ganglions ne remonte pas au delà du niveau des artères rénales et n'éteint pas non plus les ganglions du mésentère proprement dits. Cette forme latente du cancer de l'utérus sans écoulement sanieux et sans hémorrhagie, ayant causé secondairement une péritonite subaiguë, laquelle s'est propagée au péricarde, nous a paru mériter d'être signalée. C'est sans doute à l'état cachectique que l'on doit attribuer la nature hémorrhagique de l'épanchement péricardique.

4. Rétrécissement mitral d'origine congénitale; par M. Eugène Deschamps, interne des hôpitaux.

Le nommé B..., Ernest, âgé de 17 ans, entre le 25 mars 1884, dans le service de M. le Dr Proust, à l'hôpital Lariboisière, salle St-Charles, lit n° 5.

Ce malade, apporté asphyxiant à l'hôpital, ne peut donner que très difficilement des renseignements. Cependant, on peut savoir, soit par ce qu'il dit, soit par les personnes qui l'ont amené, qu'il n'a jamais eu d'attaque de rhumatisme, mais qu'il est issu d'une famille de cardiaques. Etant enfant, il jouait et courait comme tout le monde ; mais il a conservé, malgré son âge, un aspect véritablement infantile. Depuis un an environ, et cela sans qu'on puisse en retrouver la cause, il se plaint de palpitations, d'étouffements ; ses jambes sont enflées depuis 8 jours. Au moment de son entrée à l'hôpital, sa face est bleuâtre, couverte de sueurs froides, les lèvres violacées, les yeux hagards, humides ; les extrémités sont refroidies, les membres inférieurs œdématiés ; la dyspnée est extrême, la syncope imminente. Le pouls est imperceptible, le cœur bat faiblement, irrégulièrement. On entend un souffle doux au premier temps, le long du bord gauche du sternum, un peu au-dessous du mamelon. Rien à la pointe même, qui bat dans la ligne axillaire. La poitrine est pleine de râles de congestion ; il y a des signes d'épanchement aux deux bases.

Le malade, entré à 4 heures de l'après-midi, meurt à 7 heures du soir.

Autopsie, le 27 mars. — Il y a environ un litre de liquide séreux dans les deux plèvres, mais pas de pleurésie ; les poumons sont fortement congestionnés et présentent à la coupe de nombreux noyaux apoplectiques.

Le foie et les reins sont congestionnés.

Le cœur est hypertrophié ; l'hypertrophie porte presque exclusivement sur le ventricule droit qui est considérablement augmenté de volume alors que le cœur gauche semble plutôt rétréci ; c'est ce dont il est du reste facile de s'assurer en ouvrant les cavités cardiaques : on voit alors que l'épaisseur des parois du ventricule droit est presque égale à celle du ventricule gauche (elle est d'environ 11 à 12 millimètres) et que la cavité de ce dernier est bien inférieure à celle du premier. Vu par l'oreillette, l'orifice mitral est fendu en amande dans le sens transversal, mais il est très diminué de diamètre ; à peine peut-on y introduire un manche de porte-plume de 6 à 7 millimètres de diamètre ; il n'y a pas à ce niveau trace d'endocardite récente. Les valvules sont simples et parfaitement suffisantes, bien que présentant un aspect fibroïde surtout au niveau de leur attache au pourtour de l'orifice ; à ce niveau, elles sont également réunies par leurs bords. Sur la paroi postérieure de l'oreillette gauche, à deux centimètres environ au-dessus de l'orifice mitral, il existe une plaque rouge d'endocardite récente étendue transversalement, ayant près d'un centimètre de longueur sur quatre ou cinq millimètres de hauteur.

Sur les bords des valvules sygmoïdes de l'aorte, il existe une légère endocardite végétante récente ; un peu au-dessous de l'orifice aortique, sur les parois de l'infundibulum, il existe une plaque d'endocardite ancienne.

Le cœur droit est très dilaté, la valvule tricuspide est manifestement insuffisante, l'orifice dilaté ; sur les bords libres de la valvule, il existe un cordon régulier de petites végétations récentes, présentant à peine la grosseur d'un grain de millet, regardant l'axe du ventricule et reposant sur des traces d'endocardite ancienne. En somme, nous croyons être en présence d'un cœur malade depuis longtemps et sur lequel il y a eu une poussée récente. La dilatation du ventricule droit, l'hypertrophie de ses parois, le rétrécissement du ventricule gauche, nous prouvent surabondamment qu'il s'agit d'une endocardite ancienne généralysée aux deux cœurs. L'absence d'accidents jusqu'à l'âge de 16 ans ; l'absence de toute attaque de rhumatisme ou d'affection rhumatismale parmi les antécédents personnels, l'aspect infantile du malade, nous font supposer qu'il s'agit ici d'un rétrécissement mitral d'origine congénitale. Il est d'ailleurs parfaitement permis de supposer qu'il y a eu compensation pendant de longues années, ce qui nous explique comment le malade, enfant, pouvait jouer et courir comme tous ses petits camarades.

Que sous l'influence d'une cause inconnue, il y ait eu une poussée aiguë portant surtout sur la tricuspide, et nous voyons poindre les phénomènes morbides : palpitations de cœur, essoufflement, et plus tard l'œdème et l'asystolie.

Nous croyons donc qu'il est possible de rapporter ce rétrécissement à une endocardite fœtale ; et c'est pourquoi nous intitulons notre observation : Rétrécissement mitral, d'origine congénitale. Cette observation est encore intéressante, non seulement à cause de la rareté du rétrécissement mitral pur, mais encore à cause du sexe du malade. On sait, en effet, que cette affection se montre de préférence chez la femme.

Les pièces, présentées à la Société anatomique dans la séance du 4 avril 1884, ont été déposées au Musée.

6. Kystes hydatiques de la rate et du foie, chez un enfant de 11 ans; par Paul Bourdel, interne des hôpitaux.

Le nommé Lemette, âgé de 11 ans, entre le 31 janvier 1884, dans le service de M. Cadet de Gassicourt, à l'hôpital Trousseau, présentant un développement considérable de toute la moitié gauche de l'abdomen et un état de pâleur et d'émaciation assez notables.

Le diagnostic de kyste hydatique de la rate est porté à ce moment assez facilement par l'ensemble des symptômes que nous allons énumérer ; mais il n'en a pas été toujours ainsi, et les médecins qui ont eu occasion d'examiner cet enfant au début de sa maladie ont été fort embarrassés pour se prononcer à son sujet.

C'est il y a trois ans, que le médecin habituel de la famille aurait constaté pour la première fois un certain développement de la rate ; vers la même époque, il y aurait eu un ictère dont la durée n'a pas été notée.

Voici d'ailleurs le résumé des *antécédents personnels* jusqu'à l'entrée à l'hôpital : Né à terme, dans de bonnes conditions, il a été envoyé en nourrice dans le Loiret, dans une contrée un peu marécageuse ; il paraît s'être bien porté jusqu'à 9 mois ; mais à partir de cet âge, il aurait eu de mauvaises digestions, des diarrhées fréquentes et aurait beaucoup dépéri ; on n'a pas dit qu'il ait eu des fièvres intermittentes. Ses parents l'ont repris à 12 mois ; il était très maigre, très chétif, et il a eu vers ce moment un ictère ayant

duré 6 mois environ, accompagné de troubles digestifs et de diarrhée. De 3 à 5 ans, il s'est très bien porté. A 5 ans, il eut une broncho-pneumonie. A 6 ans, des accès de fièvre intermittente se sont montrés, qui venaient le soir vers cinq heures et duraient jusqu'à neuf heures; ils paraissent avoir été assez bien caractérisés par des frissons, de la chaleur et des sueurs. Ils se sont renouvelés à 9 ans, et le mois dernier (janvier 1884), chaque fois ils ont duré environ quinze jours.

A 7 ans, coqueluche et rougeole, accompagnées de broncho-pneumonie et de pleurésie. Il y a trois mois, scarlatine.

Depuis l'époque où, pour la première fois, on a observé une certaine augmentation de volume de la rate, c'est-à-dire depuis 1881, l'enfant a toujours été souffrant et a dépéri peu à peu. On a constaté que la rate augmentait de plus en plus, et M. le Dr Bergeron, qui l'a examiné plusieurs fois, il y a deux ans et l'année dernière, après avoir hésité sur le diagnostic, n'a pas douté dans ses derniers examens, qu'il n'eût affaire à un kyste hydatique de la rate; rien d'anormal n'existait alors du côté du foie.

31 *janvier*. A l'*entrée*, on constate une déformation spéciale de l'abdomen, dont toute la demi-gauche se trouve soulevée par une saillie considérable occupant l'hypochondre, la moitié de l'épigastre, le flanc, la fosse iliaque et empiétant jusque sur la région hypogastrique. Cette propulsion en masse de tout le côté gauche du ventre tranche nettement avec le côté droit, qui est peu modifié; la ligne de séparation de ces deux parties se trouve située près de la ligne blanche. à gauche de celle-ci. Cette tuméfaction présente quelques bosselures. est mate à la percussion, dure à la palpation, sans la moindre fluctuation; la matité remonte sur le côté jusqu'à la quatrième côte, empiétant ainsi beaucoup sur le thorax.

Le diagnostic de kyste hydatique de la rate ne paraît plus douteux, mais le kyste semble situé profondément et séparé de la paroi par une épaisseur assez grande de tissu splénique.

Ce qui simplifie d'ailleurs actuellement et confirme nettement ce diagnostic, c'est l'existence au niveau de l'hypochondre et de l'épigastre droits, dans leur partie supérieure, d'une saillie arrondie, étalée, se prolongeant au-dessous du rebord costal. Cette saillie mate, à la percussion, présente à la pression une certaine élasticité avec une sorte de fluctuation, mais sans frémissement net, et répond évidemment à un kyste hydatique du foie. Cet organe paraît d'ailleurs assez notablement augmenté de volume et déborde les fausses côtes de sept à huit travers de doigt, tandis que par sa partie supérieure il refoule assez sensiblement le diaphragme et le poumon droit.

L'enfant est d'une pâleur extrême, d'une maigreur très grande, les yeux excavés, bordés d'un cercle bleuâtre, sans appétit. Chaque soir il a un peu de fièvre. et de temps en temps un peu de diarrhée. Il y a une certaine gêne mécanique de la respiration, mais on ne trouve aucun signe de tuberculose pulmonaire. On constate pourtant quelques frottements pleuraux aux deux bases, surtout à gauche.

En faisant déplacer l'enfant d'un côté sur l'autre, on a pu sentir deux ou trois fois, par la main appliquée au niveau de la région splénique, de petits frottements péritonéaux.

9 *février*. On pratique une ponction du kyste hépatique, qui donne 165 grammes d'un liquide un peu louche, dans lequel on ne trouve pas de crochets, mais dont le dépôt contient un assez grand nombre de globules blancs.

18 *février*. Ponction du kyste de la rate, qui paraît être unique, donnant issue à 550 grammes d'un liquide limpide comme de l'eau de roche. On n'y trouve pas non plus de crochets malgré des examens répétés, mais on constate, au moyen du nitrate d'argent, une grande quantité de chlorure de sodium. Le lendemain de cette opération, l'enfant se plaint de beaucoup de douleur dans la région splénique, douleur qui est passagère et disparaît le jour suivant. La rate est plus molle, on perçoit une sorte d'élasticité en certains points, mais elle n'a guère diminué de volume. Le kyste du foie se remplit peu à peu pendant ce temps.

3 *mars*. Le petit malade accuse de nouveau de vives douleurs au niveau de la rate, surtout dans le voisinage du point où la ponction a été pratiquée. Cette poussée inflammatoire, que rien ne paraît avoir provoquée, s'accompagne de fièvre assez vive (40° environ le soir) et ne dure que quelques jours seulement, ainsi que l'élévation de la température. On pratique des frictions avec l'onguent mercuriel belladoné et on administre du sulfate de quinine à la dose de 60 centigr. par jour pendant cette période douloureuse.

14 *mars*. On fait une nouvelle ponction du kyste de la rate; elle est assez difficile, interrompue à tout instant, probablement par des poches hydatiques qui viennent mettre obstacle à l'écoulement du liquide, car celui-ci ne coule que lorsqu'on introduit un stylet dans la canule. Il s'écoule 1 litre et demi environ d'un liquide brun verdâtre, d'une odeur extrêmement désagréable; un fragment de poche hydatique, venant faire hernie après l'ablation de la canule, on la saisit avec des pinces et l'on réussit à en extraire une assez grande étendue.

Par la suite, il se fait un léger écoulement par la plaie, et alors on se décide à employer le procédé de Récamier, et l'on fait une application de pâte de Vienne autour de la fistule, afin de faire des adhérences plus complètes et plus fermes.

27 *mars*. On introduit dans la plaie une éponge préparée. Le lendemain, l'ouverture est assez agrandie; on introduit un cylindre de laminaire qui complète la dilatation.

29 *mars*. On peut faire pénétrer un tube de caoutchouc de 5 millim. de diamètre. On fait alors chaque jour deux lavages avec une solution phéniquée au 1/40e; chaque fois, il sort une assez grande quantité de pus. mais à la fin le liquide ressort clair.

On constate que le kyste de la rate a sensiblement diminué de volume depuis le 14. Quant à celui du foie, il a repris à peu près ses dimensions premières. L'état général s'améliore un peu, il revient un peu d'appétit, mais l'enfant est toujours bien faible, bien pâle, bien amaigri, et la température reste toujours un peu élevée, entre 38 et 39°.

2 *avril*. En essayant de substituer un tube en caoutchouc à double courant au tube simple qui avait servi jusque-là, l'enfant, saisi d'une frayeur inconsidérée, se met à crier et à se débattre; il tombe en syncope et meurt, malgré tous les moyens essayés pendant plus d'une demi-heure pour le ranimer. Ce dénouement brusque n'a pas été le fait d'un décollement du péritoine au niveau de la fistule, en enfonçant le tube (l'autopsie l'a bien montré), ni d'une hémorrhagie dans la cavité du kyste, car il y a bien eu un léger suintement séro-sanguinolent par la plaie après l'extraction d'un fragment de poche hydatique qui faisait hernie par le trajet fistuleux pendant l'opération, mais on n'a pas trouvé dans le kyste, après la mort. du sang épanché en quantité notable.

Autopsie, *le 3 avril*. — A l'ouverture du tronc, on constate le refoulement considérable des poumons, à droite par le foie et plus encore à gauche par la rate. De ce dernier côté. la plèvre présente quelques adhérences, mais pas de liquide. Poumons d'ailleurs sains, rien au cœur.

Dans la cavité péritonéale, on trouve un peu de liquide transparent et de très faibles adhérences unissant légèrement les anses intestinales entre elles et à la paroi.

Le foie, qui est très augmenté de volume, descend un peu au-dessous de l'ombilic. La rate, qui est énorme, en forme d'ellipse à grand axe vertical, descend jusque dans la fosse iliaque gauche et se trouve unie intimement au foie par des adhérences très nombreuses et très solides. On est obligé de sculpter, pour ainsi dire, les deux organes dans leur partie contiguë pour pouvoir les séparer. La rate présente en outre dans son tiers inférieur, autour du point où la ponction et les applications caustiques ont été faites, des adhérences solides et certainement anciennes, l'unissant à la paroi thoracique de la façon la plus intime sur une étendue de 6 centim. carrés environ. On eût donc pu se passer

de l'action de la pâte de Vienne, que la prudence, néanmoins, avait conseillée.

Le *foie*, retiré de l'abdomen et séparé de la rate, est très volumineux : il pèse 3 kil. 185 gr.; il est peu modifié dans sa forme générale et dans son aspect; mais on trouve à sa surface deux kystes hydatiques. L'un d'eux, situé sur sa face convexe et reconnu pendant la vie à la saillie qu'il faisait au-dessous du rebord costal droit, a environ le volume du poing et est très superficiel. Une incision pratiquée sur lui donne lieu à l'issue de 200 grammes à peu près d'un liquide un peu louche et à de nombreuses poches hydatiques molles, blanchâtres, analogues à de l'albumine cuite. Sa cavité, lisse, est tapissée d'une membrane assez épaisse, sans trace de calcification.

L'autre kyste, resté ignoré pendant la vie, se trouve faire saillie à la partie inférieure du lobe gauche un peu en arrière du bord tranchant de l'organe, entre celui-ci et la rate. Il est un peu moins volumineux que le précédent et est comme lui très superficiel; il contient une certaine quantité d'un liquide épais, jaune verdâtre, analogue à la bile, qui colore fortement les nombreuses poches qui s'y trouvent; ses parois, lisses également, présentent par places des dépôts de matières biliaires, mais pourtant on n'observe nulle part de communication directe avec les voies biliaires.

La *rate*, qui est énorme, arrondie et ellipsoïde, du poids de 1 kil. 250 gr., d'une longueur de 21 centimètres (verticalement) sur 15 centimètres de large, se trouve réduite à une simple coque de tissu splénique, à peine reconnaissable, qui n'a pas plus d'un centimètre d'épaisseur dans les points les plus épais, c'est-à-dire aux deux extrémités de l'ellipse. Sa capsule est partout très épaissie. Elle contient une grande quantité d'un liquide épais, brun verdâtre, ainsi que des hydatides très épaisses et très résistantes. Ses parois sont inégales, dures, et présentent en certains points de petites concrétions calcaires, quelques-unes assez dures, d'autres plus friables et s'écrasant sous le doigt. Les vaisseaux spléniques sont énormes, très dilatés, gorgés de sang.

Enfin, nous devons signaler l'énorme développement des ganglions mésentériques et surtout des ganglions prévertébraux dans toute la région abdominale. Ces derniers atteignent des dimensions relativement considérables, se touchent les uns les autres et forment ainsi un volumineux chapelet au-devant du corps des vertèbres.

Remarques. — Ce cas nous a paru intéressant à plusieurs points de vue : d'abord, les kystes hydatiques de la rate sont loin d'être fréquents, et il n'en existe qu'un nombre assez restreint signalés dans la science; ensuite, le développement considérable de tous les ganglions lymphatiques abdominaux nous a frappé, comme si une suppléance aux fonctions de la rate ait tenté, dans ce cas, de s'établir du côté de ces organes.

Nous ajouterons, enfin, que toutes les recherches que nous avons faites pour essayer de remonter à la source et à la cause de ces kystes hydatiques chez notre malade sont restées, comme cela arrive presque toujours en pareille matière, complètement infructueuses.

7. Alcoolisme. — Pneumonie gauche suppurée. — Méningite; par Brunon, interne à l'Hôtel-Dieu.

Les cas de méningite survenant dans le cours de la pneumonie ne sont pas rares, et cependant ils n'ont été étudiés avec soin que dans ces dernières années. Briquet a observé 6 cas de méningite de la convexité sur 9 cas de pneumonie avec délire. Grisolle 8 méningites sur 27 pneumonies. Immermam et Haller, dans un mémoire plus récent, citent 9 cas de pneumonie avec complications méningées. Enfin Georges Verneuil et Surugue ont publié, le premier 8 cas, et le second 7 cas d'inflammation des méninges cérébrales et spinales dans le cours de la pneumonie: toutes ces dernières observations, moins deux, ont été recueillies dans le service du professeur Vulpian.

Le fait que nous rapportons ici a été observé dans le service de M. Vulpian, à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Denis. Il s'agit d'un homme de 42 ans entré à l'hôpital avec tous les symptômes d'une pneumonie gauche au 5e jour de son évolution. Le malade est venu à la consultation à pied ; car, dit-il, dès le matin, il a ressenti une amélioration considérable dans son état général.

Il n'a jamais fait de maladie grave, mais depuis plus de 20 ans il a l'habitude de prendre tous les jours une grande quantité de boissons alcooliques. Il explique très franchement que son métier de commis voyageur en vins le pousse à un usage, jamais excessif, mais continu, d'alcool sous n'importe quelle forme.

Pendant les trois premiers jours de présence à l'hôpital, la phlegmasie paraissait suivre son évolution. On ne remarque rien de bien anormal quoique la température, au 8e jour du début, restât autour de 39°; mais le malade avait sa spontanéité et le sommeil était tranquille. Le 9e jour, à la visite du soir, on nota que le malade avait une tendance à se coucher complètement sur le côté gauche et que, contrairement à son habitude des jours précédents, ses draps et couvertures étaient dans un grand désordre, ramassés sur sa poitrine. La mère de la salle dit que, plusieurs fois dans la journée, le malade avait ainsi déplacé ses couvertures. On n'attacha pas d'importance à ce petit fait. Le 10e jour rien de nouveau dans la situation. La température est de 38,8 le matin, 39 le soir. A la visite du soir, on remarque une dyspnée plus nette que précédemment. Le malade est toujours dans le décubitus latéral gauche, les membres inférieurs fléchis fortement. Il paraît sommeiller. Le 11e jour, à la visite du matin, en s'approchant du lit, M. Vulpian croit voir que le membre supérieur gauche est contracturé. Il le soulève. Le membre retombe presque normalement, il y a seulement une légère raideur. M. Vulpian annonce alors comme bien probable l'existence d'une méningite. Les membres inférieurs sont normaux. Mais le malade est dans le coma depuis cinq heures du matin, au dire de la mère de la salle.

Il y a une déviation conjuguée des yeux à gauche. Les pupilles sont dilatées. La sensibilité de tout le tégument paraît être diminuée. A 2 heures, c'est-à-dire 9 heures après le début probable des accidents comateux, le malade meurt.

L'Autopsie a complètement confirmé le diagnostic *ex abrupto* de M. Vulpian.

Le cerveau, considéré dans son ensemble, présente une surface fortement injectée. Les veines forment de gros troncs turgescents sur les circonvolutions.

Les méninges épaissies adhèrent assez fortement à la pulpe centrale, surtout sur la convexité; il est impossible de les enlever sans entraîner une petite couche de substance cérébrale. Vues par transparence, elles sont légèrement opaques, mais ce caractère est surtout dessiné au niveau de plaques d'un jaune verdâtre, d'un aspect puriforme, homogènes, d'une épaisseur variable et qui occupent, comme autant d'îlots, toute la surface du cerveau : la face convexe comme la base et les deux hémisphères également. Ces produits sont plus épais, ou tout au moins le paraissent, autour des vaisseaux, de la base et autour du nerf à leur émergence.

Par l'arrachement des méninges il s'écoule un liquide louche grisâtre, peu abondant du reste.

Au niveau du cervelet, les plaques puriformes sont beaucoup moins épaisses et n'ont pas la coloration verdâtre. Elles sont plutôt grises.

La pulpe cérébrale elle-même n'est pas sensiblement modifiée dans sa consistance; sur les surfaces de section, on voit seulement un piqueté hémorrhagique très net. Les ventricules contiennent une petite quantité de liquide qui paraît normal.

La moelle n'a pas pu être examinée, le cadavre devant être immédiatement enlevé.

Mais on doit rappeler que, dans *tous* les cas analogues à celui-ci et qui ont été étudiés par le professeur Vulpian, les méninges rachidiennes présentaient les mêmes lésions que les méninges cérébrales.

Le poumon gauche présente tous les caractères de la pneumonie suppurée, il est augmenté de volume et de poids. A la coupe,on voit une surface d'un gris sale d'où s'écoule un liquide séro-purulent. Une pression un peu forte avec le doigt transforme le tissu pulmonaire en une matière semi-liquide et puriforme.

Ces lésions occupent presque toute la hauteur du poumon. La base présente à peine une languette de tissu pulmonaire qui a conservé la couleur rouge du 2e degré.

Le cœur est mou, flasque et décoloré. Sur la surface de section des colonnes charnues, le tissu est jaunâtre. Dans le ventricule droit, il y a des caillots cruoriques volumineux. La rate est double de volume à peu près. Son tissu d'une coloration vineuse est tout à fait diffluent. Le foie est simplement congestionné. Les reins sont notablement augmentés de volume. La capsule n'est pas adhérente. Sur une coupe, on voit la substance corticale ramollie et d'un blanc jaunâtre. Le tissu des pyramides est moins pâle. Toute la substance du rein est molle et flasque.

Cette observation n'a pas d'autres prétentions que de faire nombre et de signaler une fois de plus quelques particularités déjà assez connues du reste.

Voici les points qui, ici, nous paraissent les plus intéressants :

1° Au point de vue clinique,il faut remarquer le début sournois des accidents survenant au 9e ou 10e jour d'une pneumonie un peu anormale, il est vrai, dans la marche de sa température, mais qui en somme paraissait devoir entrer en évolution.

2° Le peu d'éclat et la marche rapide des symptômes : sorte de carphologie qu'on remarque à peine, somnolence pendant deux jours,puis raideur du bras gauche, strabisme et coma observés à la visite du matin sans qu'on les ait vus s'installer.

3° Au point de vue de l'*examen microscopique*, M. le professeur Vulpian, dans les nombreux examens qu'il a faits des méninges, s'accorde avec les auteurs allemands (Rindfleich en particulier) pour admettre la présence de globules de pus en grand nombre, accumulés autour des vaisseaux. Ils sont visibles à la loupe et forment deux traînées étroites côtoyant les vaisseaux. Sur une coupe transversale,après durcissement on voit, dit Rindfleich,les globules blancs très serrés contre la tunique moyenne, mais ils deviennent de plus en plus rares à mesure qu'on s'éloigne des vaisseaux. Il y a là une pleine confirmation de la thèse de Conheim « les corpuscules purulents ne sont que des globules blancs émigrés. »

A côté de cette interprétation, nous placerons celle de M. Talamon,qui a bien voulu examiner des lambeaux de pie-mère pris sur notre sujet. Pour lui, il n'y a pas de pus mais de la fibrine. Il se rallie du reste pleinement à la théorie de la pneumonie infectieuse, admet un microbe fibrinogène ayant, ici par exemple, exercé son action et dans les méninges et dans le poumon.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 26 *décembre* 1884.—Présidence de M. Bucquoy.

M. Fernet lit un travail sur la *transmission de la tuberculose par les rapports sexuels.* — L'auteur se range à l'avis des médecins qui pensent que l'inoculation du microbe de Koch se fait non seulement par les voies respiratoires, mais aussi par la peau ou par les muqueuses digestive et génito-urinaire. Il rappelle que déjà Cohnheim et M. Verneuil se sont attachés à prouver que la tuberculose uréthrale chez l'homme peut résulter de rapports sexuels avec une femme atteinte de tuberculose utérine. Ce fait clinique s'explique aisément, puisqu'on a pu M. Babès notamment, déceler la présence des bacilles dans l'urine et le mucopus vaginal de femmes atteintes de lésions tuberculeuses des organes génitaux. Les faits recueillis et attentivement observés par M. Fernet, lui permettent d'émettre les conclusions suivantes : 1° la tuberculose génitale peut être le résultat de la contagion directe pendant les rapports sexuels; 2° on doit tenir pour suspectes les blennorhées indolores qui ne succèdent pas à la blennorhagie vraie, et s'éclairer sur leur nature en faisant la recherche du bacille; il en est de même des leucorrhées : 4° les rapports sexuels entre époux dont l'un est affecté de tuberculose, doivent être tenus pour dangereux : 4° la tuberculose génitale peut être la source d'une infection générale secondaire ; aussi, doit-on la traiter aussi énergiquement que possible à l'aide des divers moyens médico-chirurgicaux.

La Société a renouvelé son bureau à la fin de la séance. M. Vidal a été nommé président pour l'anné 1885. M. Desnos a été maintenu dans les fonctions de secrétaire général, MM. Legroux et Barth dans celles de secrétaires des séances. G. B.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 7 janvier 1885. — Présidence de M. M. Sée.

La correspondance comprend une lettre de M. Diday (Lyon) qui confirme en tous points les idées exposées par M. Heurteloup sur la spécificité primitive du bubon chancreux.

M. Lucas-Championnière lit un rapport sur un mémoire adressé à la Société par M. Mouchet, de Sens, sur la *réunion primitive dans les amputations du sein.* M le rapporteur, d'accord avec l'auteur, trace les règles de la réunion primitive, en expose les avantages, et exprime l'avis que la réunion primitive retarde peut-être les récidives.

M. Verneuil se déclare contre toute espèce de réunion primitive et affirme, avec nombre de chirurgiens, que la réunion primitive dans les amputations du sein a de gros inconvénients et de gros dangers. La réunion immédiate est d'une pratique extrêmement difficile, surtout dans les opérations qui portent sur le sein. D'autre part, il y a des cas dans lesquels elle est impossible : quand, par exemple, on a enlevé toute la mamelle et la peau qui la recouvre. Enfin, dans les amputations où l'on s'efforce de ménager de la peau pour obtenir la réunion, on s'expose à rapprocher le moment de la récidive au lieu de l'éloigner. M. Verneuil, qui fait des ablations extrêmement larges, et ne cherche jamais à obtenir la réunion primitive, n'a que de rares récidives sur place. Sur 35 opérations ainsi faites, il n'a jamais eu d'érysipèle, et n'a compté qu'un seul décès. La cure est incontestablement plus longue, deux mois en moyenne, mais à partir du 12e ou du 15e jour, les malades peuvent se lever. Le pansement antiseptique ouvert est d'une extrême simplicité et met à l'abri des dangers de la réunion primitive.

M. Després a déjà entendu Nelaton et Velpeau défendre la thèse que vient d'exposer M. Verneuil et à laquelle il s'est rattaché depuis longtemps, ainsi que le font tous les chirurgiens arrivés à la période de maturité. M Després est d'avis que la réunion par première intention hâte la récidive parce que le chirurgien ménage la peau et de plus, qu'elle prédispose à l'érysipèle. M. Després est plus que jamais partisan du pansement fait avec la charpie et le cérat.

M. Trélat pense que la réunion primitive est une opération délicate et difficile; elle réclame une technique manuelle qui doit être apprise. Mais il est des cas dans lesquels cette réunion est impossible, et ne peut être tentée ; il faut que les parties puissent être rapprochées sans la moindre espèce de traction. Il ne faut pas dire que les chirurgiens qui cherchent la réunion par première intention s'exposent à une récidive rapide parce qu'ils n'enlèvent pas la peau altérée ; il n'y a pas de chirurgiens qui tiennent cette conduite. La conduite à tenir doit être déduite du diagnostic de la tumeur et de sa variété. M. Verneuil exagère un peu en ne réussissant jamais, comme il le disait il y a un instant; d'autres sans doute, exagèrent dans le sens contraire ; la vérité est entre les deux.

M. Polaillon fait toujours la réunion immédiate, même quand il faut exercer une légère traction sur les lèvres de la plaie pour les affronter. Il n'a pas enregistré un seul décès et n'a eu que de très rares cas d'érysipèle.

M. LEDENTU pense qu'il est difficile de donner une règle absolue : très souvent la réunion immédiate complète est impossible, parce que sa condition absolue est l'affrontement *spontané* des lèvres de la plaie. La pratique mixte qui consiste à réunir les parties qui peuvent être rapprochées en laissant les autres à nu, lui paraît la meilleure. Au point de vue de la récidive, M. Ledentu est d'avis que les conditions qui la favorisent sont tout à fait inconnues, et il ne croit pas à l'influence de la suppuration ou de la non-suppuration de la plaie première.

M. POZZI croit qu'un certain degré de traction très douce favorise la réunion primitive en excerçant une certaine compression sur les parties profondes, car la compression est l'élément indispensable pour obtenir la réunion primitive.

M. M. SÉE est partisan absolu de la réunion par première intention et enlève les drains dès le lendemain de l'opération. La réunion immédiate est très difficile et exige un grand nombre de précautions.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE répète que l'asepticité parfaite est la condition absolue de la réunion par première intention ; qu'il est des cas très rares dans lesquels cette réunion est impossible ; car une traction, même violente, n'empêche pas toujours la réunion primitive. Les accidents dont on parle ne sont pas ceux de la réunion par première intention mais bien ceux des plaies septiques. M. Lucas-Championnière, qui fait toujours la réunion par première intention, n'a jamais observé un seul cas d'érysipèle ; et pourtant il l'essaie et la réussit même dans les tissus enflammés ou contusionnés. En général, il ne fait pas le drainage par la plaie, mais à distance par une contre-ouverture.

M. HUMBERT communique une très intéressante observation d'ostéosarcome des côtes adhérant au diaphragme, qui fut perforé puis recousu au cours de l'opération ; le malade guérit. P. POIRIER.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OTOLOGIE ET DE LARYNGOLOGIE

Séance du 26 décembre 1884. — PRÉSIDENCE DU Dr KOCK.

M. KOCK, de Luxembourg, donne lecture d'un travail sur le laryngo-typhus. Pour lui, le vrai laryngo-typhus existe réellement, il coexiste avec les plaques muqueuses de l'intestin. La stenose de la convalescence est l'expression de la périchondrite. Si les symptômes deviennent inquiétants, on doit pratiquer le trachéotomie le plus bas possible en évitant le cricoïde; on abandonnera la périchondrite à son cours naturel.

M. MOURA fait remarquer que, dans certains cas, les parties cartilagineuses étant atteintes, il se forme un abcès qui peut faire craindre l'étouffement. Le Dr Baratoux rappelle que les cartilages nécrosés peuvent être expulsés (cas de Schiffers), et les Drs Mourc et Moura disent avoir vu l'œdème de la glotte, dès le début de la maladie.

M. GARRIGOU rapporte l'observation d'une personne qui s'était tirée un coup de révolver, près du conduit auditif. Le malade eut une hémorrhagie assez considérable par l'oreille et le nez, qui fut arrêtée par les injections d'eau froide dans le conduit. Après des recherches inutiles avec le stylet boutonné et le cherche-balles de Trouvé, l'auteur sentit au bout de plusieurs semaines un corps dur au fond de l'oreille. L'ayant extrait, il reconnut que c'était la balle de révolver, elle pesait 4 grammes.

De cette observation, M. Garrigou conclut que l'expectation s'impose souvent à cause des hémorrhagies ou des blessures du cerveau que l'on peut faire en touchant les fragments osseux.

Le Dr Moura montre une préparation sur laquelle on peut voir l'anatomose des deux nerfs laryngés, supérieur et inférieur. Aussi, d'après lui, doit-on placer une des électrodes de la pile sur le côté de la face linguale de l'épiglotte, près de l'entrée du nerf laryngé supérieur. Après une ou deux applications on rend la voix au malade. C'est ainsi qu'il a agi pour deux personnes qui avaient une paralysie des cordes vocales. L'une des malades avait déjà été soumise à l'électricité sans résultat.

Le Dr Mourc fait observer que parfois l'application du miroir suffit pour rendre la voix à certains malades. M. Moura n'emploie que rarement l'électricité, il préfère le bromure de potassium qui a, dit-il, une action presque spécifique sur le larynx.

M. Baratoux dit que les nerfs des deux côtés peuvent aussi s'entre-croiser de telle façon que lorsqu'on divise les nerfs laryngés supérieur et médian du côté gauche du larynx, le muscle crico-thyroïdien, auquel ces nerfs se rendent, dégénèrent totalement du côté de la section et partiellement du côté opposé.

M. BARATOUX fait une communication sur la *Cocaïne*. Il rappelle que cet alcaloïde a été découvert en 1855 par Garneke qui lui donna le nom d'Erythroxyline ; deux ans plus tard, Percy (1) en présenta 1 gr. 20 environ, à l'Académie de médecine de New-York, et signala en même temps la propriété de cette substance, de paralyser temporairement la sensibilité de la langue. En 1859, Niémann appelle cet alcaloïde, cocaïne ; et l'année suivante, Lossen extrait l'hygrine de la coca. Cet auteur constate que la cocaïne augmente la pression artérielle à doses faibles et à doses élevées, paralyse les nerfs sensitifs et les cordons postérieurs de la moelle. En 1862, Schroff signale l'anesthésie de la muqueuse linguale par ce médicament, et l'année suivante, Fronmüller (2) rapporte que dans 14 cas, il a obtenu le sommeil avec les doses de cocaïne dépassant 0,25 centigrammes, et Ploss (3) fait connaître qu'un pharmacien qui prit 1 gr. 10 de cocaïne eut un sommeil tranquille pendant quelques heures, et à son réveil il fut pris de douleurs abdominales avec sécheresse de la bouche, vomissements, vertiges et anurie pendant vingt-quatre heures ; mais il n'eut aucun trouble du côté de l'intelligence. Puis parurent les travaux de Rossier (4), de Demarle (5), de Moreno y Maïz (6), en 1868, de Gazeau (7), en 1870, de Jarchanoff (8), de Nikolski (9), de Danini (10), de Bennet (11), de Christison (12), de Scaglia (13), de Von Anrep (14), d'Husemann, d'Hilger (15), de Freud (16), etc. Mais quoique ces auteurs aient bien étudié les propriétés physiologiques de la coca, et que quelques-uns d'entre eux aient reconnu la propriété anesthésique de cette substance, ainsi, par exemple, Moreno y Maiz (page 77), l'usage de cet alcaloïde en était pour ainsi dire ignoré, jusqu'au moment où Koller fit sa communication au Congrès d'opthalmologie d'Heidelberg (septembre 1884).

Le chlorhydrate de cocaïne s'emploie, dissous dans l'eau ou la glycérine à 5, 10 et 20 0/0 pour anesthésier les muqueuses du pharynx, du larynx, du nez et des oreilles. Il faut badigeonner tout le champ opératoire. On obtient ainsi, en quelques minutes l'anesthésie de ces parties ; l'on peut alors enlever des corps étrangers, des polypes, cautériser les tumeurs au galvano-cautère, ou employer le galvano-caustique chimique, cathétériser la trompe ou pratiquer les opérations sur le tympan, ou encore ouvrir un abcès de conduit.

La cocaïne paraît abolir temporairement les sens de l'ouie, de l'odorat et du goût. Elle a une heureuse influence sur le

(1) Samuel R. Percy. — *Acad. de méd. de New-York*, 4 novembre et 2 décembre 1857.
(2) Fronmüller. — *Prag. Vierterjahrsschr*, 1863.
(3) Ploss. — *Zeitsch. Ch*, 1863, 222.
(4) Rossier. — *Sur l'action physique des feuilles de coca.* (*Echo médical de Neufchâtel*, 1861).
(5) Demarle. — *Essai sur la Coca.* Thèse Paris, 1862.
(6) Moreno y Maiz. — *Recherches chimiques et physiques sur le rythoxylum coca et la cocaïne.* Thèse Paris, 1868.
(7) Gazeau. — *Nouv. rech. exp. sur la pharmacol., la phys. et la thér. de la coca.* Thèse de Paris, 1870.
(8) Jarchanoff. — *Cocain and Diabetes.* Saint-Pétersb., 1872.
(9) Nikolski. — *Beit. zur Cocain Wirkung auf den Thier organismus.* Saint-Pétersbourg, 1872.
(10) Danini. — *Ueber phys. Wirhung und ther. Anwendung der Cocains*, Saint-Pétersbourg, 1873.
(11) Bennet. — *Report on antagon. of Drugs*, 1875.
(12) Christison. — *Soc. bot. d'Edimbourg*, 17 avril 1876.
(13) Scaglia. — *Gazette des hôpitaux*, 1877.
(14) Von Anrep. — *Archiv. ges. Phys.*, Bd. 21.
(15) D. Husemann et Hilger.—*Die Pflanzenstoffe*, Berlin, 1883.
(16) Freund. — *Centralblatt f. Ther. v. Heitler*, août, 1884.

coryza, l'otite aiguë, l'amygdalite et les catarrhes du nez et de l'oreille. Elle est encore utile pour calmer les douleurs causées par les ulcérations tuberculeuses et cancéreuses.

M. Garel communique deux observations sur ce même sujet. Dans l'une, il a pu enlever un polype, et dans l'autre, opérer un kyste du larynx. Grâce à ce médicament, dit-il, on pourra faire à jour fixe l'extraction des polypes du larynx.

M. Moure, en présence d'un corps étranger du larynx, une aiguille, a badigeonné une partie de la muqueuse avec de la cocaïne; mais au moment où il enlevait l'aiguille avec des pinces, celle-ci s'est cassée, un fragment est resté dans les tissus. Heureusement que toutes les parties de la muqueuse laryngée n'étaient pas anesthésiées, car grâce aux efforts de vomissements, la partie d'aiguille restée dans la gorge a pu être rejetée au dehors, ce qui ne serait pas arrivé si l'anesthésie avait été généralisée à tout l'organe vocal. M. Moura n'est pas d'avis d'employer les anesthésiques quand on veut faire agir des médicaments locaux.

M. Garrigou a enlevé les amygdales sans aucune perte de sang, grâce à la cocaïne, dit-il.

M. Moura fait observer qu'il n'est pas rare de constater l'absence de tout écoulement sanguin, après l'enlèvement des amygdales chez des enfants de 5 à 6 ans.

A propos de la discussion du travail du professeur Moos, d'Heidelberg, sur la compression de l'air sur l'oreille, M. Boucheron relate deux cas de bourdonnements d'oreilles, à la suite de détonation d'armes à feu. Il veut expliquer ces phénomènes par l'otopiésis.

M. Gellé dit que dans l'idée de M. Boucheron, otopiésis signifie atrophie des nerfs, suite de compression, et jamais M. Boucheron n'a montré une pièce ou produit un fait de compression permanente du labyrinthe. Sa thèse n'est donc pas acceptable.

M. Baratoux ne comprend pas pourquoi le nerf auditif, qui serait lésé au niveau du ganglion spécial serait sain plus loin, puis atrophié au niveau de l'organe de Corti. La préparation faite sur des chiens sourds-muets, que M. Boucheron donne comme pathologique est normale; si l'organe de Corti manque, cela est dû à un défaut de préparation, et l'on sait combien il est difficile de conserver les cellules et les piliers de Corti; généralement, seule la membrane basilaire reste fixée à la lame osseuse, les piliers, les cellules et souvent la membrane de Corti se détachent. Aussi ne faut-il pas prendre pour pathologique ce qui, en somme, n'est qu'un accident de préparation.

M. Menière regarde les phénomènes décrits par M. Boucheron comme dus à l'excitation des fibres nerveuses.

M. Garrigou admet qu'il y a une pression, puisque l'application de ventouses sur le pavillon fait disparaître les bourdonnements et les vertiges.

M. Baratoux fait remarquer que le labyrinthe n'est pas une cavité non dilatable, puisque l'étrier comprimant la fenêtre ovale, le liquide de la rampe vestibulaire est refoulé dans la rampe tympanique et dans l'aqueduc du limaçon d'une part, et d'autre part, le liquide du canal cochléaire passe par l'aqueduc du vestibule, dans le canal endo-lymphatique qui fait saillie dans l'espace épi-cérébral, après avoir perforé la dure-mère.

M. Moura n'admet pas non plus la compression: pour lui, il y a également ébranlement nerveux.

M. Gellé dit que le ligament spiral est très vasculaire à l'état normal, tandis que chez les vieux sourds il ne l'est plus.

M. Boucheron fait observer que dans la glaucome, il y a vascularisation de la choroïde et de la rétine, donc il n'y a pas de troubles vasculaires.

M. Baratoux présente un *fragment de rocher*, sorti par une fistule de la région mastoïdienne et provenant d'une petite fille de 18 mois, qui de l'âge de 6 mois à 16 mois eut des accidents du côté des yeux (kératite et ostéo-périostite du rebord inférieur de l'orbite). Quinze jours après, otorrhée double avec abcès de la région mastoïdienne gauche; ouverture spontanée de l'abcès, et deux mois et demi après, sortie de l'os nécrosé. Quoique l'os fît partie de la paroi supérieure du conduit et de la caisse il n'y a pas eu d'accidents cérébraux. L'ouïe ne paraît pas être bien altérée.

M. Garrigou a vu un cas analogue chez un jeune enfant, qui avait de plus de la paralysie faciale. Trois mois après l'incision de la région mastoïdienne, sortie d'un fragment osseux.

M. Menière emploie depuis quelque temps, avec succès, les solutions de sublimé corrosif, à la fin du traitement des otorrhées.

M. Baratoux dit qu'ayant lu les résultats obtenus grâce à ce médicament par MM. Wagenhaüser et Burkner, il en a fait usage depuis plusieurs mois avec avantage, dans un certain nombre d'otorrhées qui avaient résisté aux traitements ordinaires. J. Baratoux

REVUE DES MALADIES DE L'ENFANCE

I. **Manuel de pathologie et de clinique infantiles**, par le Dr Descroizilles, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades. 1 vol. in-12 de 1063 pages — Paris, 1884, Delahaye et Lecrosnier.

II. **Manuel pratique des maladies de l'Enfance, suivi d'un formulaire complet de thérapeutique infantile**, par le Dr Edward Ellis, traduit sur la 4e édition anglaise, par le Dr Waquet. 1 vol. in-12 de 575 pages. -- Paris, 1884, Doin.

III. **Clinique de l'hôpital des Enfants-Malades**; par le Dr E. Bouchut, 1 vol. in-8 de 654 pages. — Paris, 1884, J.-B. Baillière.

I. Le livre de M. Descroizilles, que l'auteur intitule modestement un Manuel, mériterait bien plutôt le nom de Compendium des maladies de l'enfance. Il contient, en effet, sous une forme succincte, mais cependant très suffisante, l'histoire de tout ce qui se rapporte à la pathologie infantile.

Les premières pages sont consacrées à des généralités sur l'enfance, où sont passées en revue les conditions du développement de l'enfant à partir de la vie intra-utérine, les modifications de la taille, du poids, de la température, l'évolution normale de la dentition, etc.; puis après l'étude des règles qui doivent présider à l'exploration clinique chez les enfants, l'auteur aborde l'exposé des préceptes si importants qui concernent l'alimentation et l'hygiène, et termine ce chapitre par des observations générales sur la thérapeutique infantile.

La description des arrêts de développement et des vices de conformation semble, au premier abord, être purement du domaine de la tératologie. Certains d'entre eux ont cependant pour le médecin un intérêt capital, et l'on pouvait regretter, dans la plupart des traités de pathologie infantile, de les voir passer sous silence. M. Descroizilles a voulu combler cette lacune; c'est une innovation dont il faut lui savoir gré. Il a aussi réuni dans un chapitre spécial l'étude de quelques états pathologiques consécutifs à l'accouchement (maladies de l'ombilic, asphyxie des nouveau-nés, atélectasie du poumon, ophthalmie purulente) et des accidents de la dentition.

Vient ensuite la description des maladies étudiées appareil par appareil, et dans l'ordre suivant : Maladies de l'appareil digestif, du foie et de la rate; maladies des reins, de la vessie et des organes génitaux; maladies de l'appareil respiratoire; maladies des organes de la circulation; maladies du système nerveux; maladies de l'appareil locomoteur; maladies de la peau, et enfin, maladies générales divisées en fièvres, maladies dyscrasiques et cachectiques, maladies virulentes et diathèses.

Les classifications, en pathologie, pèchent toujours par quelque côté, et il est bien rare d'en trouver qui soient à tous égards satisfaisantes. Aussi n'insisterons-nous pas sur quelques imperfections de détail qu'on pourrait reprocher à celle de M. Descroizilles. Il nous semble cependant, pour nous borner à une objection d'ensemble, qu'il y aurait eu tout avantage à commencer par les maladies générales au lieu de terminer par elles, et, par exemple, à faire l'histoire de la diphtérie, de la tuberculose, de la scrofule, avant d'aborder la description des diverses localisations de ces maladies. Nous reconnaissons d'ailleurs très volontiers que c'est là une question d'ordre secondaire et qui ne touche en rien au mérite des descriptions elles-mêmes.

Les maladies du système nerveux comprennent les maladies du cerveau et de ses enveloppes, celles de la moelle et du système nerveux périphérique, les maladies convulsives et les maladies mentales. L'adjonction de ce dernier chapitre est presque une nouveauté, et mérite à ce titre d'être signalée.

Notons aussi dans les maladies de l'appareil locomoteur un bon nombre de maladies qui, rentrant plus spécialement dans le domaine de la chirurgie, sont généralement passées sous silence dans les traités de médecine infantile. Les médecins d'enfants doivent cependant en avoir une connaissance approfondie, car ils sont bien souvent consultés pour des coxalgies ou autres variétés de tumeurs blanches, pour des déviations rachidiennes, etc., et l'on sait combien le diagnostic de ces maladies peut offrir de difficultés lorsqu'elles sont à leur début, et ne présentent encore que des symptômes vagues et mal déterminés.

Un autre sujet d'études non moins important est celui des maladies de la peau, si fréquentes chez les enfants. M. Descroizilles a pensé avec raison que ces maladies n'intéressent pas seulement les dermatologistes, et il leur a consacré une description minutieuse.

Nous avons indiqué le plan général du livre de M. Descroizilles et aussi d'une façon sommaire certains points particuliers, mais on comprend que nous ne puissions entrer plus avant dans le détail. Nous devons cependant, avant de terminer cette analyse, noter le soin avec lequel sont faites les descriptions. Quelques-unes paraîtront peut-être un peu écourtées, mais il était difficile d'éviter cet écueil pour faire tenir toute la pathologie infantile dans un volume qui ne dépasse guère mille pages. Nous serions plus disposé à faire un reproche inverse, et à trouver que M. Descroizilles a voulu être trop complet; nous aurions aimé à le voir élaguer certains détails accessoires pour concentrer toute l'attention sur les faits les plus importants. Le défaut que nous signalons ici (est-ce bien un défaut?) est peut-être rendu plus apparent par suite de la disposition typographique adoptée : en effet, les caractères sont petits, serrés, et l'on ne trouve dans chaque page que 1 ou 2 alinéas. Il résulte de là une certaine confusion, qui rend la lecture un peu pénible, bien que par lui-même le style soit net et précis. Aussi croyons-nous que M. Descroizilles fera bien, pour la prochaine édition de son livre, de modifier la justification, et de *mettre un peu de blanc.*

II. Le manuel pratique des maladies de l'enfance du Dr Ellis a eu en Angleterre un certain succès, puisque c'est la 4e édition qui a servi pour la traduction française. Il faut bien avouer cependant qu'il laisse beaucoup à désirer sous le rapport des descriptions, qui sont en général fort écourtées; mais, par contre, la partie afférente à l'hygiène et à la thérapeutique est très développée. C'est là qu'il faut chercher le mérite de cet ouvrage, et sous ce rapport, en effet, il peut rendre des services. Les prescriptions d'hygiène, pour ce qui concerne l'allaitement, le sevrage, etc., sont exposées avec plus de détails qu'on n'en trouve en général dans les auteurs français, et pour chaque maladie, alors même que la symptomatologie tient en quelques lignes, la thérapeutique occupe une place importante.

En outre, dans un formulaire détaillé, l'auteur a réuni la plupart des médicaments employés chez les enfants, en ayant soin de spécifier pour chacun d'eux les indications principales, les doses et les différents modes d'administration.

On peut trouver là quelques renseignements utiles, ainsi que dans le dernier chapitre consacré au régime alimentaire. Nous croyons cependant que dans celui-ci, à côté de préparations culinaires très recommandables, il s'en trouve un certain nombre qui n'auront peut-être que peu de succès en France. Ajoutons en terminant que la traduction est fort bien faite.

III. M. Bouchut a eu l'heureuse idée de publier, dans un volume qu'il intitule *Clinique de l'hôpital des Enfants-Malades*, un certain nombre de travaux se rapportant à la pathologie infantile. La forme qu'il a adoptée pour cette publication diffère un peu de celle à laquelle nous sommes habitués. Ce n'est pas la reproduction intégrale, sténographiée, de la leçon faite à l'amphithéâtre, mais seulement le résumé de cette leçon, méthode qui offre l'avantage de pouvoir, en éliminant les phrases inutiles, faire tenir dans le volume une plus grande variété de matières. C'est cependant bien véritablement un livre de clinique, en ce sens que les idées exprimées sont toujours directement en rapport avec l'observation du malade.

Les sujets auxquels M. Bouchut paraît attacher le plus d'importance, en raison de la part qui lui revient dans leur étude, sont l'anesthésie du croup, les altérations du fond de l'œil dans la méningite et dans les maladies aiguës du cerveau ou de la moelle, les thromboses cachectiques des sinus de la dure-mère, à la fin des maladies chroniques; la découverte de la pepsine végétale ou papaïne, et son utilité dans les dyspepsies et les lienteries de l'enfance, l'analyse du lait de femme par la numération des globules de beurre, l'endocardite végétante des maladies aiguës ou infectieuses, les infarctus viscéraux et sous-cutanés de la diphthérite et du choléra, la diminution de l'urée dans le croup.

Ces travaux ne forment qu'une minime partie du volume, car celui-ci ne comprend pas moins de 60 numéros; tous n'offrent certainement pas un intérêt égal, mais tous du moins se distinguent par le cachet personnel qu'a su leur imprimer l'auteur. A. S.

CORRESPONDANCE

La médaille d'or des hôpitaux.

Paris, le 31 décembre 1884 (1).

Monsieur le Rédacteur,

Le *Progrès médical* a parlé, à différentes reprises, des modifications qu'il désirait voir introduire dans la qualité et la répartition des récompenses décernées tous les ans aux internes par un jury institué à cet effet. C'est là une question intéressante et sur laquelle il sera bon de revenir en temps opportun; aussi bien les incidents qui viennent de se produire à la séance de distribution des prix, le 27 décembre, sont-ils assez significatifs pour mériter une mention particulière. Deux candidats, a dit M. le Rapporteur, ont jusqu'à la dernière épreuve partagé les voix des juges. Tous les deux ont obtenu le maximum des points pour leurs mémoires dénotant une remarquable érudition : l'un d'eux a enfin triomphé. Qu'ont fait alors les juges? Dans leur équité, jugeant que la récompense toute platonique, sans prérogatives d'aucune sorte, accordée au second ne répondait pas, comme juste satisfaction, aux qualités déployées par le candidat, ils sont allés trouver M. le Directeur de l'Assistance publique, lui demandant d'accorder à celui-ci, des bénéfices plus substantiels. Et ainsi que l'a dit M. le Rapporteur, ils s'appuyaient sur des précédents. Notamment ils demandaient pour le deuxième concurrent, l'autorisation de faire une année de plus d'internat. M. le Directeur s'est, paraît-il, montré impitoyable, à ce qu'a dit M. le Rapporteur. Aussi, les étudiants, massés en foule dans l'Amphithéâtre et qui cette fois combattaient pour un principe et non pour une personnalité que la plupart d'entre eux ne connaissaient que par le discours élogieux de M. le Rapporteur, ont-ils, peut-être un peu brusquement, manifesté le désir qu'ils avaient de voir les conseils de leurs chefs écoutés en haut lieu. Nous ne saurions pour notre part, nous faire un écho de ces manifestations. Mais, elles font voir que l'opinion publique, appuyée cette fois par des autorités, ne se désintéresse pas aussi facilement que M. le Directeur a pu peut-être le croire un instant, des questions qui touchent de si près à l'organisation du corps médical.

Veuillez agréer, M. le Rédacteur en chef, etc., X...

— Nous ne croyons pas que des manifestations bruyantes, comme celles dont parle notre correspondant, soient faites pour avancer les solutions. Suivant nous, l'institution de la médaille d'or, qui peut se soutenir, offre des inconvénients par les avantages qu'elle fait au lauréat, au détriment d'un interne de quatrième année, qui a rendu des services souvent égaux à ceux du lauréat. C'est déjà trop qu'un interne de quatrième année soit lésé; demander qu'il y en ait deux, nous paraît encore plus grave. Et si les manifestants avaient songé à cette conséquence peut-être auraient-ils été plus réservés.

(1) Nous n'avons pu, faute de place, insérer cette lettre dans notre précédent numéro.

Quant à nous, nous estimons que, aux avantages accordés jusqu'ici à la médaille d'or qui ont les inconvénients que nous venons de signaler, il serait préférable de substituer une *bourse de voyage* qui permettrait au lauréat de compléter son éducation médicale en visitant des universités étrangères et en le mettant à même de perfectionner les connaissances qu'il peut déjà avoir d'une langue étrangère. Enfin, lorsque, comme cette année, le second candidat serait très méritant, il serait facile, sans léser personne, de lui accorder également une bourse de voyage d'égale ou de moindre valeur.

On nous assure que les manifestants étaient mécontents de voir accorder la première place d'interne à un étudiant pour trois raisons: 1° parce qu'il était étranger ; 2° parce qu'il était allié de l'un des juges; 3° parce que l'administration l'avait autorisé à concourir pour l'externat d'abord, puis pour l'internat, bien qu'il eût dépassé la limite d'âge fixée par les réglements à 28 ans, croyons-nous. Or il parait que M. Albaran, l'heureux concurrent, n'est nullement l'allié de l'un des juges, — et personnellement, connaissant le juge visé, nous n'en avons jamais douté ;—ensuite, qu'il n'a pas dépassé la limite d'âge, n'étant âgé que de 24 ans et qu'il n'a, par conséquent, été l'objet d'aucune faveur. Quant au reproche, adressé à M. Albaran, d'être un étranger, nous ne croyons pas devoir y insister, estimant qu'il est de notre devoir de patriote d'accorder aux étudiants étrangers l'hospitalité la plus large et la plus généreuse.

BIBLIOGRAPHIE

Compte rendu de la 1re clinique médicale (tchèque); par Josef Thomayer (*Aertzl. Bericht der allg. Krankh. zu Prag vom Iahr*, 1882. —Prague, 1884).

La première partie de ce compte rendu comprend des tableaux dressés par maladies et indiquant le nombre des cas soignés, tant dans la clinique qu'à la consultation externe; le total pour les premiers est de 440, avec 76 morts; pour les seconds, de 1,207. Dans les 440 cas internes, le nombre maximum est fourni par les maladies infectieuses (y compris la tuberculose), 111 cas avec 27 morts; puis viennent les maladies de l'appareil respiratoire, 90 cas avec 8 morts.

Dans la seconde partie, l'auteur rapporte les observations de quelques malades particulièrement intéressants : 1° Un cas de tuberculose miliaire apyrétique; 2° un cas d'urémie avec diurèse suffisante (il s'agissait d'un saturnin dont le cerveau contenait une certaine quantité de plomb, et l'auteur se demande si c'est bien à une urémie ou à une encéphalopathie saturnine qu'on a eu affaire); 3° deux cas d'hémorrhagie cérébrale : dans l'un, il y eut une éruption pemphigoide sur les membres paralysés; dans l'autre, mouvements inconscients des membres du côté paralysé.

P. Marie.

Des fièvres de borras ou fièvres malignes des Antilles; par A. W. Reyes. La Havane, 1884.

L'auteur rappelle d'abord les opinions des différents auteurs sur la nature de ces fièvres et leur analogie avec la fièvre jaune, puis relate les conditions dans lesquelles se développa l'épidémie de Sagua-la-Grande et rapporte plusieurs observations soit personnelles, soit empruntées à d'autres auteurs.

Cette affection, qui est propre aux enfants et se rapproche beaucoup de la fièvre rémittente bilieuse proprement dite de Bérenger Féraud a, d'après la description de Reyes, une marche rapide et violente, et pour ainsi dire tout d'un trait, les enfants meurent en quatre ou cinq jours; les symptômes consistent en céphalalgie, injection des yeux, douleurs contusives des membres, congestion des muqueuses et de la peau, lèvres et gencives tuméfiées, rouges, langue humide, saburrale et enflammée sur la pointe et les bords; réaction très violente, l'intolérance de l'estomac commence de bonne heure, les vomissements sont caractéristiques; éréthisme nerveux considérable, respiration entrecoupée, suspirieuse; l'albuminurie n'est pas également intense dans tous les cas. L'ictère est visible dès le troisième ou quatrième jour, il y a trndance aux hémorrhagies beaucoup plus qu'hémorrhagies considérables; tache méningitique rapide et nette.

L'auteur établit le diagnostic avec différentes affections plus ou moins analogues et discute notamment avec beaucoup de soin la question de l'identité entre la fièvre de barras et la fièvre jaune ou vomito negro, et conclut par l'affirmative, persistant ainsi dans une opinion déjà soutenue par lui dans des travaux antérieurs. P. Marie.

VARIA

Distribution des prix à l'École municipale d'Infirmières de la Salpêtrière.

Cette cérémonie a eu lieu le dimanche 28 décembre. Elle était présidée par M. Peyron, directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique. Nous avons remarqué dans l'assistance MM. Bourneville, directeur de l'enseignement des Écoles; Combes, Pichon et Robinet, conseillers municipaux; Brelet, secrétaire général; Mourlan, chef de division; Le Bas, directeur, et Beugniez économe de la Salpêtrière; — MM. les Drs Legrand du Saulle, Comby et Molloy; MM. les internes et les employés des bureaux de la Salpêtrière; les parents des élèves et un certain nombre de surveillantes et sous-surveillantes. La distribution des prix a eu lieu dans l'amphithéâtre des cours, pavoisé et orné de plantes mises gracieusement à la disposition de l'Administralion par M. Alphand, directeur des travaux de la ville de Paris. Après avoir déclaré la séance ouverte, M. Peyron a prononcé le discours suivant:

Mesdames,

J'ai visité dernièrement un de nos plus grands établissements hospitaliers, d'une population inférieure à la Salpêtrière, mais plus considérable encore que celle de beaucoup de petites villes de France, un établissement destiné comme le vôtre à recueillir au soir de la vie toutes les existences désemparées par la maladie, par la misère, par le malheur immérité auxquels l'Assistance publique assure un dernier abri; dans cet établissement, j'ai trouvé un ordre parfait, une propreté exquise, un personnel d'un dévouement hors de conteste, et à part la différence des lieux, j'aurais pu me croire à la Salpêtrière.

Cependant, Mesdames, et pour des considérations qui n'ont pas place ici, j'ai proposé et j'ai obtenu de remplacer, à courte échéance, par un personnel laïque, le personnel attaché à cet établissement, l'hospice des Incurables d'Ivry.

C'est une grave résolution que j'ai prise, dont j'accepte, mais dont j'ai mesuré toute la responsabilité.

J'ai eu confiance dans nos infirmières laïques et cette confiance c'est ici, dans cette visite que je vous ai faite, qu'elle a achevé de s'affermir en moi.

Pour être franc, ce qui m'a le plus frappé, dans cette visite, ce n'est pas, à la leçon du soir, votre attention soutenue malgré le labeur du jour ; peut-être qu'un peu de curiosité pouvait s'en mêler et, d'ailleurs, pour rajeunir sa vieille histoire, le cautère avait trouvé, dans M. le Dr Poirier, un si charmant conteur que votre mérite s'en trouvait diminué ; non, ce qui m'a surtout frappé, c'est de voir, c'est de suivre pas à pas, chez un grand nombre d'entre vous, arrivées illettrées, l'effort continu, incessant, victorieux, pour échapper à la plus dure des servitudes : la servitude de l'ignorance.

Ajoutés à tout ce que déjà je savais, à tout ce j'avais déjà vu dans d'autres hôpitaux, à toutes ces preuves déjà faites et renouvelées une fois encore de dévouement et de courage dans le danger, ces derniers exemples, de bon vouloir et d'énergie morale, ont achevé ma confiance.

Il ne faut pas que cette confiance soit trompée, et puisque vous aurez, Mesdames, une large part dans la composition du nouveau personnel, vous aurez, à côté de moi, votre part de responsabilité. Pour ce qui est du devoir professionnel, je laisse à une voix plus autorisée, je laisse au Directeur des Ecoles d'Infirmiers et d'Infirmières, M. le Dr Bourneville, le soin de vous redire ce que nous sommes en droit d'attendre de vous, maintenant que les moyens de vous instruire vous sont largement fournis. Mais en dehors du savoir professionnel, ni au-dessus ni au-dessous de lui, mais inséparable d'avec lui, il est tout un ensemble de qualités morales, et jusque dans la tenue et dans l'allure toute une suite d'exigences qui s'imposent à vous pour être bien vraiment à la hauteur de votre mission.

Ici, à la Salpêtrière, vous réunissez toutes ces qualités, n'allez

point les perdre quand vous aurez échappé à la main si habile, si bonne et si ferme qui vous dirige. Votre excellent directeur, mon ami M. Le Bas, sera plus que tout autre intéressé à ce que vous fassiez honneur à la vieille maison, à la jeune école de la Salpêtrière, et vous vous en souviendrez si vous avez pour lui un peu de cette affection que je lui porte si grande. (*Vifs applaudissements.*)

M. PEYRON donne ensuite la parole à M. Bourneville qui s'exprime ainsi qu'il suit:

Mesdames, Mesdemoiselles,

Je n'ai pas à revenir sur les causes qui ont retardé cette cérémonie ; je vous en ai parlé lorsque mes amis du Conseil général sont venus visiter votre école et s'assurer par eux-mêmes de la manière dont l'enseignement y était fait. Je ne vous entretiendrai pas non plus des obligations qui s'imposent à vous pour l'obtention des diplômes, les explications que je vous ai données le 10 décembre, jour de la visite de M. le Directeur, visite que vous n'avez certes pas oubliée, non plus que ses excellents conseils, ces explications, dis-je, sont suffisantes et j'ai le ferme espoir que vous prendrez part, sans aucune exception, à toutes les compositions. J'espère aussi que mesdames les sous-surveillantes comprendront la nécessité de participer à ces compositions afin d'obtenir, elles aussi, le diplôme et de ne pas se trouver à cet égard moins bien pourvues que leurs infirmières.

Dans le cours de l'année scolaire 1883-1884, malgré quelques défaillances, l'ensemble des cours ont été bien suivis. Les exercices pratiques ont été faits avec soin par Mme Eydt, et, aux examens pratiques, nous avons pu nous assurer des progrès que vous avez réalisés. Tout à l'heure la lecture du palmarès montrera que, souvent, vos juges ont été embarrassés pour décerner les premiers prix et ont dû plusieurs fois, en raison de l'égalité des épreuves, donner des prix *ex æquo*.

Nous n'avons rien changé au programme de l'enseignement. Comme autrefois, les dictées données à l'école primaire, ont porté sur des sujets relatifs à votre profession et, M. Le Bas, votre directeur et l'un de vos maitres, a mis à votre disposition un certain nombre de dictées relatives à son *cours d'administration et de comptabilité hospitalières*. De plus, profitant des offres généreuses qui lui étaient faites par M. Siegfried, maire du Havre, dévoué à la laïcisation, il a commencé la fondation d'une *bibliothèque* destinée à occuper utilement vos rares loisirs.

. . . .

La mort de notre pauvre ami Blondeau, la démission de M. le Dr Duret, ont laissé vacantes les places de professeur d'hygiène et de professeur d'anatomie. M. le Directeur, sur ma proposition, a bien voulu y pourvoir par les nominations de M. le Dr Ch. Féré, médecin adjoint de la Salpêtrière et de M. le Dr Gauthiez, ancien interne des hôpitaux. L'enseignement continuera donc à se faire sans interruption et afin de pouvoir faire la prochaine distribution des prix en temps convenable, aussitôt après les vacances du jour de l'an, il vous sera fait, régulièrement, trois leçons par semaine.

Déjà, j'ai justifié, de nouveau, le choix qui a été fait de Bicêtre pour l'installation de l'une des Ecoles d'infirmières ; déjà j'ai dit les motifs qui avaient fait créer l'Ecole de perfectionnement de la Pitié. Il me reste à dire pourquoi aussi j'ai proposé la Salpêtrière.

C'est que cet établissement est laïque depuis sa fondation, et par conséquent qu'il y avait quelque espoir que les surveillantes ne s'opposeraient pas, comme l'auraient certainement fait les religieuses, à la fréquentation de l'Ecole par les infirmières; c'est surtout parce qu'il existe plus de 350 infirmières dans cet établissement; qu'il y a une école primaire pour les enfants avec tout le matériel scolaire, avec un personnel enseignant sachant exactement ce qu'étaient, ce que sont les infirmières. Nulle part ailleurs on ne rencontrait un ensemble d'aussi bonnes conditions. Nulle part, mieux qu'à la Salpêtrière et à Bicêtre, on ne pouvait organiser les Ecoles d'infirmières plus facilement et plus économiquement.

Je vais montrer une fois de plus combien il était facile, avec les trois Ecoles, d'arriver promptement et convenablement à la laïcisation de tous les établissements hospitaliers. Si l'on ajoute aux 353 infirmières de la Salpêtrière (1), les 55 infirmières de Bicêtre (2) et les 37 infirmières de la Pitié (3), on arrive à un total de 446 infirmières.

Parmi elles, je le sais très bien, on en compte un certain nombre, âgées, ayant rendu des services depuis 10, 15, 20 ans, même davantage. Beaucoup, hélas ! n'ont reçu aucune instruction. Quelques-unes, malgré cela, quoique âgées de 45, 50 ans, ou même 60, se sont rendues à l'école et ont appris suffisamment à lire et à écrire pour que l'Administration ait pu les nommer suppléantes ; toutefois la plupart des infirmières de cette catégorie ne demandent qu'à rester simples infirmières et à finir leur temps dans l'établissement où elles se trouvent. On peut évaluer leur proportion à un quart.

Mais pour les autres, comprenant les infirmières jeunes ou d'age moyen, pour les nouvelles qui entrent chaque jour, il y avait mieux à faire. Nous avons demandé à l'Administration de les obliger toutes à suivre les cours. Cette obligation nous semblait d'autant plus nécessaire que le chef de l'Administration paraissait disposé à ne recruter le personnel des sous-surveillantes que parmi les anciennes infirmières — ce qui n'a pas empêché la nomination d'emblée de personnes étrangères aux écoles et aux hôpitaux. Mes tentatives furent vaines. J'en fus étrangement surpris, car refuser de faire appel aux dames du dehors d'une part, et d'autre part ne pas exiger la fréquentation des Ecoles par les infirmières, c'était ajourner à des temps éloignés la laïcisation des hôpitaux.

Je ne me tins pas pour battu. Je demandai que, laissant toute liberté aux infirmières actuelles, on exigeât de toutes celles qui se présenteraient l'engagement de suivre exactement et les cours de l'école primaire et les cours professionnels. Je demandai aussi que les directeurs de Bicêtre, de la Salpêtrière et de la Pitié fussent invités à ne prendre que des femmes ayant déjà reçu une certaine instruction. Mes efforts échouèrent. Aucune obligation n'a été imposée aux nouvelles infirmières ; les directeurs ont continué à recruter leur personnel comme par le passé, c'est-à-dire trop souvent parmi les plus ignorantes.

Enfin, puisque M. Quentin déclarait ne vouloir recruter les sous-surveillantes que dans son personnel, je lui demandai de prendre dans tous les hôpitaux, chaque année, quelques-unes des meilleures infirmières et de les envoyer dans l'une des trois Ecoles afin d'y perfectionner leur instruction et d'avoir de la sorte et plus vite le personnel nécessaire à la réalisation des votes du Conseil municipal, à la réalisation de ses propres engagements. J'essuyai encore un refus.

En repoussant toutes ces mesures capables de hâter la laïcisation, le Directeur obéissait, assurément sans s'en douter, aux suggestions de personnages hostiles à la réforme qui, eux, savaient parfaitement bien que le personnel des infirmières, avec son instruction nulle ou insuffisante, ne pourrait de longtemps fournir le nombre voulu de sous-surveillantes pour se débarrasser complétement des sœurs. Ils savaient qu'il s'écoulerait encore quelques années avant que la loi sur l'obligation de l'instruction primaire ait porté ses fruits et qu'il y avait encore de beaux jours pour un recrutement parmi les ignorantes, parmi les illettrées (1).

Persuadé des intentions bien arrêtées de M. Peyron, d'en finir le plus promptement possible avec la laïcisation, je viens lui adresser les mêmes réclamations.

1° Obligation pour toutes les infirmières d'âge moyen ou jeunes, de suivre exactement les cours de l'école primaire et de l'enseignement professionnel.

2° Même obligation pour toutes les nouvelles recrues.

3° Faire passer *successivement*, dans l'une des écoles, les bonnes infirmières des hôpitaux, dont l'instruction est insuffisante, de manière à pouvoir les nommer à bref délai sous-surveillantes.

L'obligation se justifie pleinement par la nécessité d'en finir avec la laïcisation et de donner enfin satisfaction au Conseil municipal. On ne comprend pas non plus que les infirmières des établissements où il y a des Ecoles refusent de suivre les cours et tiennent la place d'infirmières qui ne demanderaient pas mieux que de les suivre assidument et de permettre d'employer plus fructueusement les moyens d'instruction professionnelle mis à la disposition de l'Assistance publique par le Conseil municipal de Paris.

Certaines personnes, partisans tièdes de la laïcisation, et partant d'un républicanisme douteux, car il est du devoir strict de tout républicain d'enlever aux prêtres et aux religieuses tous les moyens d'action que leur donne la société civile dont ils sont les implacables adversaires, prétendent que le Conseil municipal est trop impatient, qu'il est allé trop vite, qu'il est préférable d'aller lentement, qu'il est difficile d'avoir vite un personnel convenable. Ces timides ou sont ignorants ou sont de mauvaise foi. La preuve en est facile à faire.

Premier reproche : Le Conseil municipal est allé trop vite ! C'est en 1877 qu'il a adopté le vœu, invitant l'Administration à créer deux Ecoles d'infirmières afin d'avoir un personnel instruit à mettre à la place des religieuses.

(1) 284 infirmières de 2e classe; — 40 de 1re classe; — 29 suppléantes.

(2) 40 infirmières de 2e classe ; — 7 de 1re classe ; — 8 suppléantes.

(3) 28 infirmières de jour et 9 de nuit.

(1) Et ils comptaient — peut-être comptent-ils encore — sur la possibilité d'un changement de Gouvernement qui aurait pour conséquence le remplacement des laïques par les religieuses..... si l'on en trouvait en nombre suffisant, car tous ceux qui s'occupent de ces questions savent que le recrutement des religieuses, de même que celui des curés, devient heureusement de plus en plus difficile.

L'école de la Salpêtrière a été ouverte le 1er avril 1878 ; celle de Bicêtre en mai.

L'hôpital Laennec a été laïcisé à la fin de 1878 ;
L'hôpital de la Pitié le 1er octobre 1880 ;
L'hospice de Larochefoucauld en janvier 1881 ;
L'hospice des Ménages en janvier 1881 ,
L'hôpital Saint-Antoine le 1er août 1881 ;
L'hôpital de Lourcine en juillet 1882 ;
L'hôpital Tenon en juillet 1882.

Soit en SEPT ANS, SEPT établissements laïcisés ! Voilà la vérité. Il n'est aucun républicain, qui, en face de telles lenteurs, ne donne entièrement raison au Conseil municipal. Et ce jugement sera encore bien mieux justifié quand nous aurons prouvé qu'il est possible, en peu de temps, d'avoir un personnel suffisant et instruit.

Voyons d'abord ce qu'il reste à faire. Quels sont les établissements encore aux mains des religieuses? Quel est le nombre des religieuses de ces établissements?

Hôtel-Dieu.	21	religieuses (1).
Charité.	18	—
Necker	19	—
Cochin	26	—
Beaujon.	20	—
Lariboisière.	27	—
Saint-Louis.	25	—
Enfants-Malades.	26	—
Forges.	10	—
Trousseau.	20	—
La Roche-Guyon.	7	—
Enfants-Assistés.	27	—
Incurables.	62	—
	308	religieuses.

Je laisse de côté l'hôpital de Berck qui présente une organisation particulière et peut, sans inconvénient, être laïcisé en dernier lieu ; je laisse aussi de côté les Fondations comme l'hospice Brézin. Je vous en parlerai un autre jour.

Si nous retranchons de ce chiffre 308 les 62 religieuses qui vont disparaître le 1er février de l'hospice des Incurables, on voit que l'Administration n'a plus à trouver que 246 laïques pour terminer la laïcisation des hôpitaux de Paris.

Pouvons-nous les avoir, à bref délai, c'est-à-dire pour la fin de l'année 1885 ou, au plus tard pour la fin de juillet 1886 ? Oui, à la condition que l'Administration montre nettement à tous, aux directeurs... timides des hôpitaux, aussi bien qu'aux élèves infirmières et aux élèves externes qu'elle *veut* la laïcisation ; à condition que l'Administration prenne les mesures dont j'ai parlé tout à l'heure et qui lui fourniraient facilement une centaine de bonnes sous-surveillantes pour la fin de l'année scolaire courante, c'est-à-dire fin juillet ; à condition enfin qu'elle prenne en considération, après les avoir examinées soigneusement, les mesures qu'il me reste à lui proposer.

Il faut, par une large publicité, faire appel aux femmes du dehors, à ces femmes qui, comme je l'ai répété encore récemment, ont reçu une instruction sérieuse, ont occupé dans le monde une situation plus ou moins élevée et sont tombées de la fortune ou de l'aisance dans une situation précaire, quelquefois voisine de la misère. Il faut leur éviter les formalités superflues, des pertes de temps inutiles. Admettez-les aux cours professionnels, aux exercices pratiques ; accordez-leur, à elles qui seront les élèves de vos Ecoles, les avantages que vous accordez, et je vous en félicite, aux élèves de l'Union des Dames de France (2). Et, au fur et à mesure que se produiront des vacances, dans les places d'infirmières, à Bicêtre, à la Salpêtrière, à la Pitié, prenez-les comme infirmières : comme élèves externes, elles se seront en quelque sorte essayées elles-mêmes ; elles se seront rendu compte si réellement leur tempérament, leur caractère, leurs goûts leur permettent de remplir sans défaillance les devoirs de la profession qu'elles désirent embrasser. Comme infirmières, elles auront complété l'expérience et elles auront mis l'Administration en mesure de les mieux apprécier. Enfin, comme élèves externes et comme infirmières, c'est-à-dire élèves internes, elles auront lutté avec leurs compagnes, elles auront montré à tous quel est le degré de leur instruction primaire et professionnelle.

Le Conseil municipal, en voulant que la laïcisation s'opère promptement, M. le Directeur de l'Assistance publique désireux de son côté de mener à bien cette réforme, exigent de vous, mesdames et mesdemoiselles, dévouement aux malades, aux vieillards, aux infirmes ; instruction professionnelle sérieuse ; mais, eux aussi, doivent chercher à vous récompenser des services que vous rendez, des sacrifices qu'ils vous imposent.

Déjà vos modiques salaires ont été un peu augmentés et portés pour les infirmières du minimum de 18 fr. au minimum de 25 fr. Et cette augmentation a été amèrement reprochée au Conseil municipal et au conseiller qui en avait pris l'initiative en qualité de rapporteur du budget de l'Assistance publique. Ni l'un ni l'autre ne s'en repentent, j'en suis convaincu; bien plus, ils pensent même qu'il y aura encore de ce côté quelque chose à faire et le feront.

Mais, quant à présent, ce qui presse le plus, c'est d'améliorer la *nourriture* et le *logement* des infirmières. Malgré quelques améliorations, la nourriture laisse encore beaucoup à désirer : il faudrait que la nourriture des infirmières fut plus variée (1), qu'elle fut la même que celle des suppléantes et des sous-surveillantes, il faudrait que la différence des grades ne portât que sur la différence des traitements. Cette amélioration peut se faire promptement et, à titre d'essai, elle pourrait se faire précisément dans les établissements où existent des Ecoles; ce serait une amélioration qui compenserait l'obligation imposée aux infirmières de suivre les cours au lieu de se reposer ou d'aller se promener. Plus tard elle devrait s'étendre à tous les hôpitaux, à tous les hospices.

J'ai fait connaître au Conseil l'insalubrité des logements des infirmiers et des infirmières d'un grand nombre d'hôpitaux, j'ai insisté pour qu'on leur donnât des chambres ou des cases distinctes et que, chaque fois que l'occasion s'en présenterait, on fît mieux que ce qu'il y avait de moins mauvais.

Quant au *logement* la question est plus grave, plus difficile à résoudre. Déjà j'ai obtenu à l'hôpital Saint-Antoine, pour les infirmières du pavillon Moïana, et à l'hôpital des Enfants-Malades dans le nouveau bâtiment, j'ai obtenu que l'on donnât aux infirmières des chambres séparées : je ne doute pas que progressivement cette amélioration ne soit réalisée dans tous les hôpitaux. Mais, pour cela, il faut un long temps. En attendant, que convient-il de faire ?

La solution est simple et je crois que M. le Directeur est tout disposé à l'accepter : il faut essayer, dans une proportion à déterminer, de laisser les infirmières, élèves des Ecoles, loger au dehors. L'Administration fera ce que font les industriels, les commerçants ; elle fixera l'heure de l'arrivée à l'atelier ou au magasin ou au bureau, je veux dire l'heure d'arrivée à l'hôpital et l'heure de sortie. Elle fera ce que font les industriels, les commerçants pour leurs employés inexacts. Rien n'est plus facile que de tenter cet essai avec les Elèves externes que l'Administration acceptera comme infirmières. Il ne s'agit pas là, d'ailleurs, d'une chose nouvelle; mais il s'agit de l'appliquer pour faciliter le recrutement des sous-surveillantes laïques, pour attirer dans nos Ecoles nombre de femmes qui nous aideront, non seulement à laïciser les hôpitaux et les hospices, mais encore les maisons de secours, mais encore les Etablissements de bienfaisance qui dépendent de l'Etat; qui nous permettront de remplacer les religieuses des lycées par des laïques, les religieuses des hôpitaux militaires et des infirmeries des prisons par des laïques, des laïques plus instruites que les religieuses, aussi dévouées qu'elles, plus utiles aux médecins et plus dociles aux ordres de l'Administration.

Encore un mot au sujet des Elèves externes qui veulent exercer en ville la profession de garde-malades. J'ai insisté auprès de l'ancienne administration, pour qu'à l'hôpital de la Pitié un registre soit tenu comprenant les noms et les adresses des élèves externes, afin que les médecins de la ville qui ont besoin de garde-malades puissent s'adresser à cet hôpital. Cette proposition, qui n'engageait en rien l'Administration, qui organisait pour des femmes qui offrent des garanties ce qui existe à la Maison municipale de santé pour des femmes qui n'ont suivi aucun cours, n'a pas été agréée. Et cependant rien ne s'y oppose ; et en l'acceptant l'Administration rendrait des services aux malades de la ville, à ses propres élèves ; elle répondrait, je le redis encore, aux désirs du Conseil municipal, qui veut avec non moins d'énergie, aider à la substitution des laïques aux religieuses dans les familles.

M. le Directeur, en vous signalant les mesures que j'ai proposées successivement à vos prédécesseurs et qui n'ont pas reçu de solution, je n'ai pas voulu récriminer; ce n'est pas *en arrière* qu'il faut regarder, mais en avant, et si j'ai parlé des mesures proposées dans le passé, c'est parce qu'elles n'ont pas été réalisées ; c'est qu'elles me paraissent destinées à vous aider, vous qui voulez la laïcisation aussi prompte que possible, à vous aider à réaliser dans de bonnes conditions le programme que vous vous êtes tracé.

(1) Toutes les novices de l'Ordre des Religieuses Augustines comptent à l'Hôtel-Dieu. Elles sont au nombre de 17.

(2) On les admet à assister aux visites d'un certain nombre de chefs de service. Il est probable que ces mêmes chefs de service ne feraient pas de difficulté pour l'admission des *Elèves municipales*, confiées aux soins de l'Administration.

(1) A la Salpêtrière, du 20 au 27 décembre, les infirmières ont eu :, sur 16 repas, DOUZE FOIS du bœuf ! !

J'espère que c'est la dernière fois que j'ai à parler de l'organisation des Ecoles et des mesures qui doivent permettre de terminer la laïcisation et que, à la prochaine distribution des prix, c'est-à-dire à la fin de juillet, je n'aurai qu'à enregistrer des résultats et des résultats sérieux.

Mesdames, Mesdemoiselles, excusez-moi d'avoir retardé par un si long discours, le moment, impatiemment attendu, où vous devez recevoir les récompenses que vous méritez. De votre côté aussi vous réfléchirez aux conseils que je vous ai donnés et j'espère que vous redoublerez de zèle, de dévouement pour aider tous ceux qui s'intéressent à vous, le Conseil municipal, l'Administration, vos maîtres, à mener à bien et vite, l'œuvre de la laïcisation.

Il a été ensuite procédé à la distribution des récompenses. Outre les prix donnés par l'Administration avec la subvention municipale, les élèves ont eu des prix donnés par M. et Mme Charcot, Mme Ve Moreau (de Tours), M. Laurent Richard, MM. les Drs Legrand du Saulle, Liouville, Ch. Monod, Mme Letulle, M. le Dr Clin, M. le Dr Molloy, MM. les internes en médecine, MM. les internes en pharmacie, M. Yvon, MM. les professeurs de l'École, MM. Lefranc, Peyron, Brelet et Bourneville.

Faculté de médecine de Paris (année scolaire 1884-85).

Limites des consignations pour examens probatoires. — 1° Les consignations pour les examens dont désignation suit seront reçues jusqu'aux dates ci-après indiquées : Ancien régime d'études : Pour le 1er examen de Doctorat, jusqu'au mardi 31 mars inclusivement; Pour le 2e examen de Doctorat, jusqu'au mardi 21 avril inclusivement; Nouveau régime d'études : Pour le 2e examen de Doctorat (1re partie), jusqu'au mardi 31 mars inclusivement; Pour le 3e examen de Doctorat (1re partie), jusqu'au mardi 21 avril inclusivement. — Pour le 2e examen de Doctorat (nouveau régime, 2e partie), jusqu'au mardi 21 avril inclusivement. — Pour le 3e examen de Doctorat (nouveau régime, 2e partie), jusqu'au mardi 26 mai inclusivement. — Pour le 3e examen de Doctorat (ancien régime), jusqu'au mardi 26 mai inclusivement. — Pour le 4e examen de Doctorat (ancien et nouveau régime), jusqu'au mardi 9 juin inclusivement. — Pour le 5e examen de Doctorat (ancien et nouveau régime), jusqu'au mardi 23 juin inclusivement. — Pour les examens de sage-femme, jusqu'au mardi 23 juin inclusivement. — Pour les thèses, jusqu'au lundi 13 juillet inclusivement. —Officiat. Pour le 1er examen, jusqu'au mardi 23 juin inclusivement. — Pour le 2e examen, jusqu'au mardi 30 juin inclusivement. — Pour le 3e examen, jusqu'au lundi 13 juillet inclusivement. MM. les étudiants sont prévenus que ces dispositions seront rigoureusement appliquées.

Le Doyen croit devoir rappeler que l'Ancien régime d'études médicales prendra fin avec l'année scolaire 1884-85. (Voir l'affiche spéciale renfermant les dispositions transitoires établies par circulaire ministérielle du 24 avril 1884).

2° Les élèves ajournés, après le 8 juin, à un examen, quelle qu'en soit la nature, ne pourront plus se présenter avant les vacances.

3° Passé le 13 juillet, MM. les professeurs n'accepteront plus de présidence de thèses, et ne signeront plus de manuscrits (Décision de la Commission scolaire en date du 22 décembre 1884).

N. B. Les étudiants inscrits pour subir leurs examens seront placés en séries d'après l'ordre de leur inscription à la Faculté. Ceux d'entre eux qui, pour des motifs légitimes, désireraient que le jour de leur examen fût avancé ou reculé, devront en adresser par écrit, la demande à M. le doyen (décision de la Commission scolaire en date du 27 juin 1882; du 24 décembre 1883 et du 22 décembre 1884).

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

1re Session 1885. Paris. — Semaine de Pâques

QUESTIONS A L'ORDRE DU JOUR (1)

I. Etiologie et pathogénie des infections chirurgicales. On est invité à rapporter spécialement les faits cliniques et expérimentaux qui peuvent contribuer à déterminer le rôle respectif des ferments figurés (microbes, etc.) et des poisons chimiques (ptomaïnes, etc) dans la pathogénie des septicémies. — II. Des indications que l'examen des urines fournit à la pratique chirurgicale. — III. Des meilleurs pansements à employer dans la chirurgie de l'armée en campagne. — IV. Cure des abcès froids. Distinguer entre la cure des abcès froids ossifluents et la cure des abcès froids non ossifluents. — V. Des indications opératoires dans les blessures profondes de l'abdomen.

(1) Adresser les communications et les cotisations à M. le Dr S. Pozzi, 10, place Vendôme. — Cotisation annuelle, 20 francs. — Fondateur (jusqu'au 15 février), 200 francs.

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 12. — 2e *de Doctorat* (N. R., 1re partie) : MM. Béclard: Damaschino, Rémy. — 3e *de Doctorat* (N. R , 1re partie) , MM. Guyon, Tarnier, Terrillon. — 4e *de Doctorat* : MM. Potain, Joffroy, A. Robin. — 5e *de Doctorat* (Charité) : MM. Vulpian, Lannelongue, Pinard.

MARDI 13. — 2e *de Doctorat* (N. R. or., 1re partie) : MM. Le Fort Cornil, Campenon. — 5e *de Doctorat* (A. R. or.,) (Charité) 1re *Série* : MM. Pajot, Panas Hanot; — 2e *Série* : MM. Jaccoud, Duplay, Charpentier.

MERCREDI 14. — 2e *de Doctorat* (N. R., 2e partie) : MM. Béclard, Hayem, Ch. Richet. — 3e *de Doctorat* (N. R., 1re partie) : MM. Trélat, Tarnier, Reynier.

JEUDI 15. — 1er *de Doctorat* : MM. Richet, Panas, Humbert. — 2e *de Doctorat* (N. R., 2e partie) : MM. Sappey, Vulpian, Bouilly. — 3e *de Doctorat* (N. R 1re partie) : MM. Pajot, Le Fort, Peyrot.

VENDREDI 16. — (Epreuve pratique) *Dissection* : MM. Lannelongue, Damaschino, Segond. — 1er *de Doctorat* : MM. Charcot, Joffroy, Rémy.

SAMEDI 17. — 1er *de Doctorat* : MM. Le Fort. Panas, Campenon. — 5e *de Doctorat* (Hôtel-Dieu) : MM. Pajot, Laboulbène, Richelot. — 5e *de Doctorat* (N. R., 2e partie) (Hôtel-Dieu) ; MM. Ball, Cornil, Quinquaud.

Thèses de la Faculté de Médecine.

Lundi 12. — M. Ricard. De la pluralité des néoplasmes chez un même sujet et dans une même famille. — M. Valude. Du traitement chirurgical des néoplasmes mammaires. — *Mercredi* 14. — M. Morin. Etude sur l'ostéotomie. — M. Brault. Contribution à l'étude du pronostic et du traitement des fractures avec plaies de l'articulation tibio-tarsienne. — *Vendredi* 16. — M. Vénégas. Contribution à l'étude du traitement des teignes. — M. Garcin. Contribution à l'emploi du bi-chlorure de mercure en obstétrique.

Enseignement médical libre.

Cours théorique et pratique d'accouchement. — M. le Dr DOLÉRIS, chef de clinique d'accouchement de la faculté commencera son cours le lundi 12 janvier à 4 heures. Le cours est complet en deux mois. On s'inscrit à la clinique, 89, rue d'Assas.

FORMULES

1. Traitement de l'Orgelet (1).

L'orgelet vulgairement appelé, *Compère Loriot*, est un petit abcès qui prend naissance dans une glande sébacée du bord palpébral. Un orgelet vient rarement seul, à peine un premier a-t-il percé qu'un deuxième apparaît sur le même œil ou sur l'autre, suivi souvent d'un troisième, etc. Cette tendance aux récidives a fait admettre une prédisposition spéciale de l'organisme ; sans vouloir la nier, nous nous permettrons de faire observer que, dans la plupart des cas, nous avons trouvé dans le pus de l'orgelet un *microcoque spécial* que nous n'avons retrouvé que dans le furoncle. Ce qui n'est pas sans importance pour le traitement.

Les douleurs occasionnées par l'orgelet sont plus ou moins vives selon que la marche est plus ou moins aiguë. Le plus souvent, la tumeur inflammatoire est petite et circonscrite, d'autres fois le gonflement des paupières est tel que l'on pourrait croire au premier abord que l'on a affaire à une conjonctivite purulente; mais la sécrétion à peu près nulle, et le gonflement présentant un maximum d'intensité en un point déterminé permettent d'éviter cette méprise.

Le traitement doit consister simplement en compresses émollientes et en cataplasmes ou mieux encore en un pansement à l'ouate trempée dans une solution antiseptique et sublimé à 1 pour 3,000 ou

Acide borique.	10 gr,
Eau.	300 gr.

et recouverte d'une rondelle de taffetas gommé et d'un peu de ouate sèche pour empêcher l'évaporation. L'on a ainsi un pansement *antiseptique* toujours humide et chaud, bien supérieur aux cataplasmes. Si la rupture spontanée de l'abcès tarde à se faire, il faut hâter la guérison en l'incisant avec la pointe effilée d'un bistouri, et en exprimer soigneusement le contenu. Le malade doit

(1) Voir les nos 31, 37, 40, 46, 49 du *Progrès médical*. Traitement des maladies des yeux à la clinique du Dr Abadie.

continuer à se laver les yeux pendant quelques jours avec la solution d'acide borique ou a[illegible], pour prévenir les rechutes.

A. Darier.

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 28 décembre au samedi 3 janvier 1885, les naissances ont été au nombre de 1162, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 440; illégitimes, 176. Total, 616. — *Sexe féminin* : légitimes, 404 ; illégitimes, 142. Total, 546.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1881, 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 28 décembre au samedi 3 janvier 1885, les décès ont été au nombre de 1157 : savoir : 607 hommes et 550 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Choléra : M. 1. F. 2. T. 3. — Fièvre typhoïde : M. 12. F. 9. T. 21. — Variole : M. 3.. F. 2, T. 5. — Rougeole : M. 15, F. 18, T. 28. — Scarlatine : M. 1, F. ., T. 1. — Coqueluche : M. 3. F. 2 T. 5. — Diphthérie, Croup. M. 17, F. 17, T. 34. — Dyssenterie : M. .. F. ., T. .. — Erysipèle : M. 5, F. 3, T. 8. — Infections puerpérales : 9 — Autres affections épidémiques : M. .. F. ., T. .. — Méningite tuberculeuse et aiguë : M. 16, F. 24, T. 40. — Phthisie pulmonaire : M. 128, F. 84 T. 212. — Autres tuberculoses : M. 10, F. 6. T. 16. — Autres affections générales : M. 28, F. 41. T. 69. — Malformations et débilité des âges extrêmes : M. 31, F. 44. T. 75. — Bronchite aiguë : M. 37 F. 33 T. 70 — Pneumonie : M. 54, F. 45, T. 99. — Athrepsie : M. 28 F. 42 T. 70. — Autres maladies des divers appareils : M. 192, F. 157, T. 349. — Après traumatisme : M. ., F. ., T. .. — Morts violentes : M. 17, F. 7. T. 24. — Causes non classées M. 9, F. 10, T. 19.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 90 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 44 ; illégitimes, 15. Total : 59. — *Sexe féminin* : légitimes, 16 ; illégitimes, 15. Total : 31.

Asiles d'aliénés de la Seine. — *Asile Sainte-Anne.* — Le Dr Gilson, chef de clinique des maladies mentales à la Faculté de médecine de Paris, est nommé médecin-adjoint à l'Asile public d'aliénés de Sainte-Anne, en remplacement de M. le Dr Vallon, dont les fonctions sont expirées. — M. le Dr Dubuisson, vient d'être nommé médecin-adjoint de l'Asile Sainte-Anne, en remplacement de M. le Dr Briand, dont nous avons annoncé la nomination à Villejuif. Nous adressons nos félicitations à notre ami le Dr Dubuisson.

Conseil d'hygiène. — Le Dr Léon Colin, directeur du service de santé du gouvernement militaire de Paris, a été élu vice-président du conseil publique d'hygiène et de salubrité du département de la Seine.

Ecole de médecine d'Alger. — Par décret du 28 novembre 1884, la chaire d'accouchements, maladies des femmes et des enfants à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie d'Alger, est transformée en chaire de clinique obstétricale et gynécologie.

La mortalité des enfants et la vaccination. — Voici, d'après la statistique de Lutz, la comparaison de la mortalité des enfants par variole en Bavière, où la vaccination est obligatoire, et en Hollande, où elle ne l'est pas, sur 100,000 enfants.

	EN HOLLANDE.	EN BAVIÈRE.
Jusqu'à.	767,5	232,4
De 1 à 5 ans.	455	10,2
De 5 à 10 ans	145	3,3

(*Revue des maladies de l'Enfance.*)

Mortalité des enfants en russie. — En Russie, plus de 60 p. 0/0 des enfants meurent avant l'âge de 5 ans. Environ deux millions d'enfants périssent chaque année. Il n'y a pas la moitié des enfants mâles qui atteignent leur 35e année, et un tiers de ceux qui y arrivent sont impropres au service militaire, soit pour insuffisance de stature, soit pour leur débilité constitutionnelle (*Revue des maladies de l'Enfance*).

Société française de tempérance. — La Société française de tempérance, réunie en assemblée générale, le 23 décembre 1884, a formé son bureau comme il suit pour l'année 1885. Président, M. le professeur Duverger ; vice-présidents, MM. Bouchardat, Théophile Roussel, Claude (des Vosges) et Levasseur; secrétaire général, Dr L. Lunier ; secrétaires généraux adjoints, MM. les Drs Decaisne et Vidal ; secrétaires des séances, MM. Guignard et le Dr Audigé; bibliothécaire-archiviste, Dr A. Motet; trésorier, M. Jules Robynes.

Universités étrangères. — *Faculté de Leipzig* : Les professeurs Recklinghausen, Ziegler et Birch-Hirschfeld, sont proposés pour la chaire d'anatomie pathologique devenue vacante par la mort de Cohnheim.

Faculté de Gratz. — M. V. Ebner, professeur extraordinaire chargé du cours d'histologie et d'embryologie (cours théorique et pratique) est nommé professeur ordinaire.

Société contre l'abus du tabac. — La Société contre l'abus du tabac, vient d'élire membres de son bureau pour 1885 : Président, M. Decroix ; vice-présidents, MM. le Dr Bourdin, de Gasté, le Dr Hache, Petibon ; secrétaire-général, M. Raset; secrétaires des séances, MM. Brosselard, Calderon, Colleux, de La Valette; secrétaire pour l'étranger, M. Desinge; trésorier, M. Séricyx; archiviste, M. E. Potin.

Nécrologie. — On annonce la mort de M. le Dr Kresz (de Paris) et de M. le Dr Carre (de Montbard). — La *gazette hebdomadaire de Bordeaux*, annonce la mort du Dr Reynier (de Sainte-Foy-la-Grande). Nous avons annoncé dans notre dernier numéro la mort du Dr Couty, mort à l'âge de 34 ans, à Rio-de Janeiro, le 22 novembre, à la suite d'une maladie de cœur. En 1878, il avait été appelé par le gouvernement brésilien à la chaire de *biologie industrielle* à l'école polytechnique de Rio. En 1879, il avait installé, avec le concours de M. Lacerda, un laboratoire de physiologie expérimentale. Avant son départ de France, notre compatriote avait publié, sous la direction de M. Vulpian dans les *Archives de physiologie*, les mémoires originaux qui suivent : 1876. *Etude relative à l'influence de l'encéphale sur les instincts de la vie organique et spécialement sur les organes cérébro-vasculaires.* 2e série, t. III. — 1876. *Recherches expérimentales sur les gaz libres intra-artériels.* 2e série, t. IV. — 1877. *Recherches sur les effets cardio-vasculaires des excitations des sens.* 2e série, t. IV. Depuis son séjour au Brésil, il a publié différents mémoires : en 1879 : *six expériences d'excitation de l'écorce grise du cerveau du singe* (*Arch. de phys.*, 2e série, t. VI.). — 1880. *Recherches sur la température périphérique et quelques conditions de ses variations.* (*Arch. de phys.*, 2e série, t. VII). — 1881. *Sur les lésions corticales du cerveau.* (*Arch. de phys.*, 2e série, t. VIII). — 1883-1884. *Le cerveau moteur* (*Arch. de phys.*, 3e série, t. II et III.) Il a adressé de plus quelques notes à l'Académie des sciences, au sujet de l'*action physiologique du café* ; études faites, elles aussi, au laboratoire du Musée.

Chronique des hôpitaux.

Hôpital Beaujon. — *Médecine.* Service de M. Millard. — Salles Saint-Louis et Sainte-Marthe. Visite à 8 heures 1/2. Consultation les vendredis et les lundis tous les quinze jours. — Salle Saint-Louis : 28, encéphalopathie saturnine ; 15, hernie graisseuse sus-ombilicale simulant la gastralgie ; 13, ictère catarrhale ; 5, myélite transverse ; 3, péricardite et pleurésie gauche; 6, mal de Bright ; 9, diabète sucré ; 18, péri-typhlite ayant amené une péritonite aiguë, puis une pleurésie droite ; 24, dilatation de l'estomac; 20, cirrhose atrophique. — Salle Sainte-Marthe : 1, rhumatisme articulaire et endocardite; 3, pneumonie ; 13, pleurésie purulente, empyème ; 14, carcinôme rectal ; 18, asystolie

Service de M. Guyot. — Salle Sainte-Claire : Visite à 8 heures. Consultation les mardis et le samedi tous les quinze jours. — Salle Saint-François : 3, 6, néphrite interstitielle ; 7, diabète, tuberculose pulmonaire; 12, ataxie; 13, néphrite consécutive à une uréthrotomie ; 14, ataxie; 17, pleurésie ; 24, endo-péricardite rhumatismale. — Salle Sainte-Claire : 1, métrite; 12, néphrite consécutive à la scarlatine, 22, morphiomantie; 23, hématocèle rétro-utérine; 24, pleurésie; 26, pneumonie; 31, fièvre typhoïde, gangrène de la vulve; 34, pelvi-péritonie; 38, cirrhose hépatique.

Service de M. Gombault. — Salles Beaujon et Sainte-Monique. Visite à 9 heures. Consultation le jeudi.

Service de M. Fernet. — Salles Saint-Jean et Sainte-Hélène. Visite à 9 heures. Consultation le mercredi.

Chirurgie. — Service de M. Labbé. — 1er pavillon et salle Sainte-Clotilde. Visite à 8 h. 1/2. Consultation les lundis, mercredis, vendredis. Opération le mardi. — 1er pavillon, rez-de-chaussée : 1, fracture du coude avec plaie de l'articulation ; 4 *bis*, arthrite blennorrhagique; 4, phlegmon profond de l'avant-bras; 2, 8, 9, 15, fractures en V; 14, arthrite coxo-fémorale; 16, fracture comminutive de jambe.

Service de M. Cruveilhier. — 2e pavillon et salle Sainte-Agathe. Visite à 8 h. 1/2. Consultation les mardis, jeudis, samedis. Opérations le mercredi. — 2e pavillon, rez-de-chaussée ; 1, fracture de la rotule, fracture de jambe compliquée ; — 1er étage : 22, fracture du maxillaire inférieure; 31, plaie du cœur ; — 2e étage : 39, orchite tuberculeuse ; 40, testicule syphilitique ; 43, étranglement interne ; 44, rétrécissement de l'urèthre ; 45, cystite tuberculeuse.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

PARIS. — IMP. V. GOUPY & JOURDAN, RUE DE RENNES, 71.

13e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. I. N° 3 BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 17 JANVIER 1885.

Le Progrès Médical

THÉRAPEUTIQUE

Transfusion du sang et de liquide salin ;

Par **Charles EGERTON JENNINGS**, F. R. C. S. Engs., Assistant-Surgeon to the Cancer Hospital ; Assistant-Surgeon to the North-West London Hospital.

J'ai tâché, dans les journaux de médecine anglais, ainsi que dans mon ouvrage sur le sujet (1), de distinguer clairement entre les indications qui demanderaient l'injection de fluides salins dans les veines et celles qui justifieraient la transfusion du sang, et j'ai démontré que dans la majorité des cas qui nécessitent la transfusion — particulièrement pour combattre les effets résultant d'hémorrhagies excessives pendant et après l'accouchement — le premier de ces procédés est préférable au second, non seulement parce qu'il est bien plus facile, mais aussi parce qu'il est, pour raisons de dynamique, exactement applicable à la situation. J'ai de plus supporté cette opinion en citant certains cas où cette méthode a été employée, à l'aide de mon siphon, à la « London Hospital. »

Il faut néanmoins reconnaître — vu les propriétés des corpuscules du sang — que certains cas peuvent exiger la transfusion du sang et que cette opération peut même devenir indispensable.

Si la transfusion est nécessaire, la méthode à suivre doit être celle dont l'objet principal est *de retarder la coagulation du sang sans en avarier les corpuscules.* Or, comme voilà justement le principe que la plupart des appareils de transfusion me semblent manquer, je me hasarde à décrire un instrument à siphon construit de manière à éviter la source de danger que je viens d'indiquer, en mêlant le sang donné avec plus qu'un égal volume de fluide salin immédiatement au sortir de la canule efférente — c'est-à-dire au moment d'entrer dans le tube connecteur. On pourrait encore minimiser toute chance de coagulation en se servant d'un fluide salin à une chaleur d'à peu près 24° C. au lieu de s'en servir à la chaleur du sang. Comme plus grande précaution on pourrait ajouter un peu d'ammoniaque au fluide. Le système vasculaire du sujet donnant le sang pourrait aussi être rempli en substituant du fluide salin au sang perdu. Afin de déterminer ces questions, j'ai fait, grâce à l'obligeance du Dr Pye-Smith, deux transfusions dans son laboratoire à « Guy's Hospital » — un du très petit nombre d'endroits où les expériences sur les animaux vivants sont permises dans le Royaume-Uni.

Pemière expérience le 30 juillet 1883. — Les sujets de cette opération la subirent sous l'influence de la narcose mixte. Je la fis à l'aide d'un instrument presque semblable à celui décrit dans la *Lancet* du mois de mars 1883, chargé d'un liquide salin avec ammoniaque. Les animaux étaient petits Celui qui donnait le sang ne pesait que 7 kil. 0308 et l'autre 5 kil. 5566. Ceci rendit nécessaire l'emploi de canules plus étroites que celles que l'on emploierait pour un sujet humain, et comme le sang du chien se coagule plus facilement que celui de l'homme, les relations anatomiques de la pigulaire (1) du chien et son peu de distance du cœur et du cerveau rendaient l'opération quelque peu plus difficile qu'elle ne le serait dans la pratique. La transfusion fut établie entre les jugulaires droites des deux chiens, et simultanément on saigna l'animal à transfuser. On substitua alors du liquide salin au sang perdu par le donateur. La canule afférente était de la grandeur n° 1, l'efférente du n° 2 (2). Après l'expérience, le transfusé avait perdu 7087 gr. (c'est-à-dire la différence entre le poids retiré par la saignée et celui du fluide mixte ajouté par transfusion) et le chien donnant le sang avait gagné 42 gr. 52 (dû au liquide salin injecté). On avait injecté à peu près 284 cc. de fluide salin dans les chiens, et on avait recueilli à peu près 852 cc. de sang du transfusé sans compter 142 cc. du perdu. Le donateur de sang, dont les vaisseaux sanguins étaient surchargés commença à se mouvoir avec plus d'activité qu'à l'ordinaire en sortant de l'état anesthésique. Le récipient, qui avait été plus profondément anesthésié, se remit aussi parfaitement, quoiqu'il soit resté plus longtemps sous l'influence de la morphine.

Cette expérience démontre conclusivement que le sang se mêle au fluide salin complètement et rapidement dans le tube connecteur de l'instrument et ensuite, premièrement, qu'il n'y avait pas coagulation du sang pendant son passage d'un sujet à l'autre, que même on ne trouva aucun grumeau de sang dans l'instrument après avoir retiré les canules des veines des animaux; et secondement, que la fluidité du sang était augmentée par la présence du liquide salin et que l'on pouvait injecter ce liquide dans la veine de l'un ou de l'autre chien à volonté. De plus, cette expérience a démontré qu'il n'est pas praticable de percer la veine du sujet donnant le sang avec trocart et canule, ainsi qu'on l'a proposé. Je suis convaincu que le trocart et la canule à moins d'être munis d'un attachement d'une exactitude extrême, ne sont pas applicables aux opérations de transfusion. J'ai essayé le trocart comme étant plus commode, mais maintenant que j'ai imaginé un phlébotome (fig. 3) qui facilite beaucoup l'insertion des canules dans les veines cet instrument est inutile. Voici donc une modification qui simplifie l'appareil et qu'il faut expliquer en détail avant de décrire l'expérience dans laquelle je m'en suis servi.

Le phlébotome est un petit instrument qui combine les avantages d'un scalpel, d'un crochet et un d'un guide. La lame, en forme de plume à écrire, est placée perpendiculairement à la tige du manche. Le dessus de la lame est légèrement convexe de droite à gauche ainsi que de devant derrière. En dessous, elle est plate, quant au tiers antérieur de sa surface, légèrement concave quant au second tiers, et profondément concave quant au tiers postérieur, afin de servir de guide à la canule. Comme l'humeur aqueuse de l'œil ne peut pas s'échapper lorsqu'on opère une section de la cornée en cas de cataracte, avec un couteau de Beer, de même en poncturant une veine à l'aide de ce phlébotome, aucun sang ne peut couler, pourvu que seulement le tiers antérieur de la

(1) « *Transfusion of Blood and Saline Fluid* » (2e édition). — Baillière, Tindall et Cox, Londres.

(1) C'était la veine choisie pour l'expérience.

(2) J'ai fait faire des canules de plusieurs calibres. *c'est-à-dire,* nos 3, 2, 1, 1 2, 1 1 (le n° 3 étant le plus grand).

lame soit introduit dans la veine. La figure 6 représente sur une plus grande échelle le tube connecteur interpolé au siphon à l'endroit (C). La canule efférente s'insère à l'ouverture (D). On établit ou on interrompt la communication entre la canule efférente et le tube connecteur en retirant partiellement ou en fermant le tube intérieur (1). Il y a aussi une disposition mécanique qui empêche ce dernier de se séparer entièrement du tube extérieur. Dans la première expérience, je me suis servi d'un tube connecteur en verre dont la communication avec la canule efférente ne pouvait pas se faire ou s'arrêter à volonté. Ayant pu observer à l'aide de ce tube de verre le mélange parfait du sang et du liquide salin, il était désormais inutile que le tube connecteur fut en verre au lieu d'être en métal.

Seconde expérience le 8 août 1883. — Le siphon fut chargé de fluide salin à 25°,5 C. dont chaque 568 cc., contenait 06 cc. de *liquor ammoniæ*, et en solution 324 gr. de chlorure de soude ; 162 gr. de chlorure de potasse ; 1944 gr. de sulfate de soude et 162 gr. de carbonate de soude. On ferma la communication entre la cannule efférente et le tube connecteur. L'expérience, comme la première, fut conduite à l'aide de l'anesthésie mixte. Le sujet récipient pesait 9 kil. 0909, l'autre 6 kil, 8229. Dès que la jugulaire extérieure gauche du sujet récipient fut exposée, on en ouvrit l'enveloppe externe avec le scalpel (1). La veine fut alors percée et son enveloppe interne soulevée avec le phlébotome sous lequel la canule afférente fut vivement introduite, et ensuite fixée à l'aide d'une ligature. Après quelque temps, il me vint à l'idée qu'un coagulum de sang s'était peut-être déjà formé autour de l'orifice de la canule afférente. comme le chien à transfuser n'avait pas encore été saigné et que l'on n'avait pas encore laissé couler le fluide salin. On retira donc la canule et l'on constata que voilà en effet ce qui était arrivé. Le grumeau de sang ayant été enlevé, la canule fut réintroduite dans la veine, et l'on empêcha la coagulation de se renouveler en laissant couler le liquide salin goutte à goutte à de courts intervalles. La déplétion de la veine au bout distal de la canule s'ensuivit, mais le sang coulait lentement. En ouvrant le tube glissant (C) le tube élastique étant fermé près de la canule afférente (A) par une vis à burette, le fluide salin commença à couler de la canule efférente (B). On arrêta alors le courant à l'aide du robinet et on inséra la canule efférente (modèle n° 2) dans la jugulaire extérieure droite du sujet donnant le sang. Comme la canule était de forme conique, elle se maintint en place d'abord par la pression, mais le sang venant à s'échapper à côté de l'instrument, on finit par l'attacher avec une ligature (2). Lorsque l'on fit cesser la pression de la vis à burette sur le tube élastique, le sang du donateur passa rapidement le long du tube connecteur en poussant en avant dans ce tube le fluide salin. Le contenu de l'interruption en verre (F) devint rapidement couleur de cuivre foncée. M. Golding-Bird qui avait en ce moment l'obligeance de régler la décharge en manipulant le robinet pour moi, laissa alors couler un peu de fluide. Il s'agissait dans cette expérience — et c'est là ce qui lui donne le plus d'intérêt — de varier les proportions du mélange de sang et de fluide salin. Le degré de dilution du sang pouvait être jaugé parfaitement en observant les rapides changements de couleurs du liquide dans le tube (F). Lorsque la première convulsion des muscles faciaux du sujet donnant le sang se fit sentir (3) on arrêta le cours du sang en augmentant soudainement la pression du liquide salin, qui aussitôt prit la place du sang dans l'instrument. La décharge de la canule afférente fut arrêtée tandis que le liquide salin courait par la canule efférente (B) et allait remplir les vaisseaux sanguins du chien dont le sang venait d'être pris. On conclut l'expérience en retirant l'appareil et en s'assurant qu'il ne contenait pas de sang coagulé. La quantité de fluide salin injecté dans les deux chiens avait été de [illegible] cc. On n'avait recueilli dans le bassin que [illegible] cc. de sang provenant du chien récipient, mais on en avait perdu un peu. On avait aussi perdu un peu du sang de la veine du donateur ainsi qu'un peu de fluide salin qui s'était échappé du tube connecteur (2). Le transfusé, qui était plus lourd de 141 gr. 75 après l'expérience (3) se remit fort bien quoiqu'il restât quelque temps hébété par l'effet de la morphine.

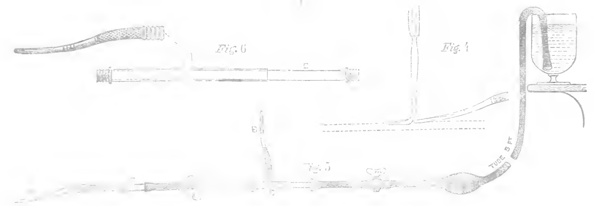


Fig. 4, 5. 6.

Afin d'éprouver l'appareil encore plus, on eut recours à une autre expérience sur l'animal donateur toujours anesthésié. On introduisit la canule efférente du siphon, chargée de fluide salin, dans la jugulaire gauche du chien, après l'avoir saigné au moyen du tube connecteur. On recueillit sous liquide le sang mêlé au fluide salin à sa sortie de la canule afférente. Comme il y eut alors une légère convulsion, on remplit les vaisseaux du chien avec du fluide salin, puis on lui prit encore une fois du sang que l'on remplaça par du fluide salin. Après cette expérience, on recueillit 2556 cc. de sang et de fluide salin mélangés. En tout, on s'était servi de 3976 cc. de fluide salin. On lia la jugulaire et les autres points de saignée, et on ferma la blessure par des coutures. Un peu de sang mêlé au liquide salin avait été laissé dans le tube connecteur du siphon. On l'examina. La coagulation avait commencé. On permit au chien de se remettre et il se mit bientôt à courir. Il avait perdu 14 gr. 17; à la suite des deux expériences. Les deux animaux furent tués bientôt après. L'on pensa que peut-être le fluide salin injecté dans les chiens avait pénétré leurs cavités séreuses par effusion. On examina donc leurs cavités péritonéales, pleu-

(1) [illegible] derrière.

(2) [illegible] canules par des ligatures [illegible] être pris.

(3) [illegible] directement [illegible].

(1) La petite échelle de notre figure nous force à omettre cet ajustement de peur de la rendre moins claire. Le tube telescope employé dans l'expérience qui va être décrite, fut construit en cuivre [illegible] par Krohne et Sesemann.

(2) Les tubes qui se construisent maintenant n'ont plus ce défaut.

(3) Comme la transfusion avait de beaucoup excédé la déplétion.

rales et péricordiales. Il n'en était rien. Il n'y avait aucune effusion (1).

Il résulte de ce qui précède : 1° Que par ma méthode il n'y a aucun danger que le sang se coagule *in transitu* pourvu que l'on opère avec soin. 2° Que l'on peut substituer un fluide salin au sang. 3° Que la déplétion, avec transfusion simultanée, est indiquée par cette méthode comme étant applicable à quelques cas d'empoisonnement, notamment d'empoisonnement par l'opium et peut-être aussi, à de certaines conditions non encore déterminées, le sang vicié étant éliminé et l'équilibre du système vasculaire restauré. 4° Que si, dans aucun cas, il y eût objection à ce qu'un mélange de plus que volume égal de fluide salin au sang se fit dans le tube connecteur de l'instrument, on pourrait toujours empêcher la fibrination en employant une plus petite proportion d'une solution contenant un peu plus d'ammoniaque que celle dont je me suis servi dans ces expériences.

HOPITAL DES ANGLAIS, A LIÉGE. — **M. le Dr COLLARD.**

Sur le traitement de la fièvre typhoïde par le salicylate de soude à doses accumulées (2);

Par le Dr LÉON BECO, médecin adjoint.
Observations recueillies par MM. VLAISLOIR et EVRARD, internes.

Pour la variété du sujet, nous avons rapporté quelques observations qui présentaient des particularités sur lesquelles nous avons attiré l'attention en passant; pour la sincérité de notre thèse, nous allons faire l'histoire des malades qui ont succombé : Ce ne sont pas les moins instructives pour juger la méthode et en démontrer la valeur.

OBSERVATION XIII. — Florentine B..., 19 ans, servante, nous est apportée le 22 mai 1881, à la soirée, et est couchée salle IV, lit n° 8. Elle est dans le second septenaire de la fièvre typhoïde; prostration et stupeur très marquées, lividité des pommettes, langue et lèvres fuligineuses, céphalalgie intense, gargouillement dans les fosses iliaques, douleurs abdominales vives à la pression, taches, diarrhée abondante, râles de bronchite dans toute la poitrine. Le 22, au soir, T. 40° : le 23, au matin, 39°,8. Nous prescrivons 6 gr. de salicylate, 300 gr. de vin de grenache et des ventouses sèches; le soir, T. 39°. Le 24, elle remonte à 41°; même état, même traitement, à part les ventouses; frictions alcoolisées et enveloppement humide du ventre. La malade a déliré toute la nuit. Dans la soirée du 24, la fièvre tombe à 38°,8. Mais malgré cela la nuit est mauvaise, et, lors de notre première visite, la prostration est fort inquiétante. la conscience se perd. les selles sont involontaires, le pouls petit, très accéléré. il y a des contractions musculaires choréiformes. Vin-potion de Jaccoud, frictions excitantes répétées. Ces soins sont insuffisants à prévenir le collapsus final : la mort arrive le 26 vers midi. Cette jeune fille était déjà anéantie par la maladie quand nous l'avons reçue. Elle n'avait du reste été envoyée à l'hôpital qu'à cause de son état excessivement grave.
Nous ne savons pas à quel traitement elle avait été soumise antérieurement.

OBSERVATION XIV. — Marie R..., 22 ans, [illegible]que, est amenée le 10 septembre 1881, salle IV, n° 5. Pas de renseignement sur son état antérieur. Elle présente les [illegible] d'un typhus adynamique confirmé. Taches et bronchite. Le 10, au soir, T. 39° ; le 11, au matin [illegible], le soir [illegible]. Elle a pris dans la journée la potion de Jaccoud et 250 gr. de vin de grenache. Le 12, [illegible] le matin, [illegible] le soir. Plusieurs selles sanglantes dans la journée.

	Matin.		Soir.
13 sept.	T. 40°,0	[illegible] vomi à 1 heure.	T. 36°.0
14 —	38°,0	Pas de salicylate.	40°.0
15 —	[illegible],8	—	39°,9
16 —	39°,8	—	

La mort survient dans le courant de la matinée. Nous avons donné surtout du vin et la potion de Jaccoud ; une seule fois le salicylate : l'état du pouls nous semblait une contre-indication.

OBSERVATION XV. — [illegible] F..., 12 ans, était en traitement pour une [illegible], salle XIII, lit 8. Elle gagne la fièvre typhoïde dans la salle et reste plusieurs jours sans se plaindre.
Le 12 novembre 1881, elle avait 40°,1 le soir. A partir du 13 nous donnons le salicylate de soude, mais il est vomi pendant 2 jours, et la température oscille entre 40° et 39°,8. Le 15, la potion est tolérée, et le thermomètre descend le soir à 38°,8.
Des phénomènes cérébraux intenses se déclarent : agitation des membres, délire, cris incessants. — Glace sur la tête.
Le salicylate est continué et la température descend graduellement à 38°, 37°,5, 37°,2.
La mort survient le 18 au milieu de symptômes méningitiques.

OBSERVATION XVI. — Ferdinand H..., 30 ans, commis en vins, habitant Cologne, nous est amené de l'hôtel où il était alité depuis 2 jours. Il occupe la chambre particulière n° 8. Pour tout renseignement on nous dit qu'il souffre depuis 2 jours, qu'il a été fort agité et qu'on lui a donné 2 poudres de calomel.
Nous trouvons le malade en proie à une grande agitation. Il ne nous répond d'abord pas. Cependant, pressé de questions, il a un moment de lucidité et il essaye d'écrire « qui êtes vous? ». Il nous dit ensuite, d'une façon peu intelligible et par bouts de phrase, qu'on a voulu l'empoisonner à l'hôtel, que l'hotellière lui veut du mal, puis il se met à divaguer et à gesticuler. T. 39°,5. M. Collard diagnostique une fièvre typhoïde au début, pas de tache, ni de bronchite, ni de gargouillement : rien d'appréciable à la rate.
Diète, tranquillité, glace en permanence sur la tête. Le soir la température monte à 40°,1 ; la nuit est fort agitée.
Le lendemain, nous trouvons notre malade toujours gesticulant et [illegible], il a du tremblement de la langue et des membres. T. 39°,2. Nous prescrivons [illegible] de salicylate de soude, de la glace sur la tête et des lotions froides répétées. Soir T. 38°,[illegible] le [illegible] même [illegible].
Le délire a diminué d'intensité pendant le jour, mais il reste extrêmement [illegible]. Le [illegible], dans l'après-midi, le thermomètre monte subitement à 40°,8 et vers 7 heures le malade succombe.
Cet homme, [illegible] appris plus tard, avait eu auparavant plusieurs atteintes de « congestion cérébrale ».

RÉFLEXIONS. — Si nous récapitulons le nombre de fois où le salicylate de soude a été administré contre les exacerbations vespérales de la fièvre typhoïde, chez nos [illegible] malades, nous en comptons plus de 500. Il a été *vomi* une trentaine de fois environ et, chez un seul sujet, l'intolérance nous a obligés à renoncer au traitement. Chez quelques malades nous l'avons administré par la *voie rectale*, et l'effet s'est montré presque aussi marqué.
Nous en concluons que l'action antithermique du salicylate de soude à doses accumulées est, pour ainsi dire, *constante*.
Les faits que nous avons rapportés donnent la mesure de son *efficacité*.
[illegible] est aussi démontrée par eux. Si quelques [illegible], qu'y a-t-il d'étonnant? Il n'est pas de [illegible] qui ne soit parfois rejeté...
Le salicylate de soude a, d'ailleurs, cet avantage d'être facilement [illegible], d'être stable, et d'avoir une saveur

(1) Dans la première expérience le Dr [illegible] m'a beaucoup aidé, et M. Goldman-Bird dans la seconde. Je [illegible] déclarer ici combien [illegible] partie aux admirables appareils [illegible] à ma disposition.
(2) Voir *Progrès médical*, n°s 1 et 2.

peu prononcée, en sorte que l'on a à sa disposition toute la série des sirops aromatiques pour varier le goût de la potion et éviter la répugnance.

Nous nous en sommes généralement tenus à la formule suivante :

R. Eau distillée	75	grammes.
Salicylate de soude	6	—
Eau-de-vie	15	—
Sirop de framboises	20	—
ou Extrait de réglisse	15	—

M. S. à prendre en deux fois entre midi et 2 heures.

Quand les vomissements se produisaient, nous donnions, une heure après, une nouvelle dose de 3 grammes. Il était de règle que la potion fût bien supportée le lendemain.

Dans le cas contraire, nous donnions, vers une heure, un lavement contenant 6 grammes de salicylate et quelques gouttes de laudanum. Vu la solubilité du sel, on peut prescrire un lavement court, sans addition d'acide comme cela est nécessaire pour dissoudre le sulfate de quinine. Le liquide est donc peu irritant, partant bien gardé.

Quels sont maintenant, pour les malades, les bénéfices de ce traitement ? Notre but, avons-nous déclaré en commençant, est d'enrayer la marche ascendante de la température, et de soustraire le malade à l'influence désastreuse de l'excès de fièvre qui l'accable pendant la seconde moitié de la journée.

Ce résultat nous est garanti par la puissance et la constance de l'effet antithermique (1) du salicylate de soude. Il suffit de jeter un coup d'œil sur nos tracés déjà nombreux pour constater, répétons-le une dernière fois, qu'après chaque prise de salicylate, la température du soir descend notablement au-dessous de celle du matin, et que celle-ci, d'autre part, reste le plus souvent inférieure à celle de la veille, et, en tous cas, inférieure à ce qu'elle eût été si nous n'étions pas intervenus. N'avons-nous pas vu, en effet, la température qui, avant d'avoir institué la médication, restait à 40° et 40°,5, descendre bien au-dessous de 39° (jusque 35°,6) et ne plus atteindre ce chiffre dans le cours de l'affection que les seuls jours où nous avions supprimé le salicylate ? Inutile d'insister : ce sont des faits souvent observés par nous et chacun peut les vérifier comme l'ont fait plusieurs de nos confrères de la ville et des environs. Pour un peu, nous prétendrions être maîtres de la température et la régler à notre guise, puisque c'est aux heures où elle est la plus élevée, partant la plus résistante aux agents thérapeutiques, que nous la forçons à descendre !

Il serait superflu d'insister sur les dangers et les désordres causés par l'élévation de la température. Eh bien! ce sont ces dangers que nous évitons, ces désordres que nous prévenons ou (soyons moins téméraires) que nous atténuons. Pour être plus explicites, nous dirons que nos malades étaient *grandement soulagés* par ce traitement. *Avec la chute de la température, nous notions celle du pouls* (qui lui était parallèle bien que nous ne l'ayons pas signalée dans nos observations pour être plus concis), *l'amendement des symptômes généraux, une sensation de bien-être accusée par le malade; comme phénomène critique, des sueurs, parfois abondantes, pas de frisson; enfin, au terme de la maladie, un amaigrissement et une perte de forces beaucoup moins considérable, d'où une convalescence plus rapide* (1).

D'autres praticiens, notamment M. Henri Desplats (2) qui a expérimenté le salicylate de bismuth sur 20 typhisés, concluent que, dans plus de la moitié des cas, le salicylate a une action abortive sur la fièvre typhoïde. Dans cet ordre d'idées, nous avons été frappés de la *courte durée* des fièvres que nous avons traitées par le salicylate de soude, et nous avons été heureux de rencontrer le même avis. Cependant nous serons moins affirmatifs sur ce point que sur les autres. D'abord il est toujours difficile d'établir qu'une maladie aurait eu une plus longue durée sans l'effet du traitement ; mais, la raison majeure qui nous fait hésiter devant une semblable déclaration, c'est le milieu où nous avons fait nos expériences.

Le diagnostic de la dothiénentérie est difficile à poser dans les premiers jours ; fût-il même établi sans conteste, pour le médecin, les symptômes initiaux sont d'ordinaire peu alarmants et d'apparence peu graves pour décider sur-le-champ l'entourage du malade à envoyer celui-ci à l'hôpital. Il en résulte que, généralement, les typhisés nous arrivent au moins après 8 jours de maladie, et parfois alors dans le plus triste état. (Presque toujours nous trouvons l'éruption à leur entrée.)

Cependant, ceux que nous avons traités au début, et ceux que nous avons vus en ville, nous ont paru arriver plus tôt au terme de leur affection. Nous n'avons, du reste, expérimenté le traitement que sur des sujets *grièvement* atteints et après plusieurs jours d'observation.

Reste un point sur lequel nous devons quelques explications : *l'inocuité* du salicylate administré à dose massive. On a fortement accusé de méfaits l'acide salicylique et ses composés. M. Vulpian, entre autres, le croit capable de provoquer des *hémorrhagies*. M. H. Desplats affirme n'en avoir pas rencontré plus que de règle dans le nombre de ses malades. Nous affirmons le même fait ; et, ajouterons-nous, malgré les constatations d'hémorrhagies (intestinale, nasale ou auriculaire), nous avons maintes fois institué et continué le traitement sans avoir vu, pour cela, la perte de sang se répéter ou s'aggraver. Nous la combattions, selon la règle, par la glace, le perchlorure de fer et l'ergotine « intus et extra ». *A priori*, on peut dire que de tout temps on a observé des hémorrhagies dans le typhus, et que, si une ulcération intestinale entame un vaisseau, on n'est pas en droit d'en accuser le traitement.

On a dit aussi que le salicylate provoque de la *dyspnée* et du *délire* (3). Nous n'avons en tous cas jamais été

(1) Nous ne croyons pas que ce soit ici le lieu de discuter, si cette action antithermique peut être attribuée aux effets antifermentescibles et antiputrides du salicylate de soude ; c'est là une question discutée. Certains auteurs, comme MM. Nothnagel et Rossbach, admettent que l'acide salicylique possède des propriétés antifermentescibles et antiputrides, mais refusent les mêmes propriétés au salicylate de soude (*Note de la Réd.*).

(1) Nous ne saurions donc partager l'opinion émise par le traducteur du *Traité de thérapeutique* de Nothnagel et Rossbach, p. 445. « Incontestablement, dit-il, ce médicament fait baisser la température dans la fièvre typhoïde ; mais cet abaissement n'est que très passager ; il ne s'accompagne pas d'une amélioration correspondante des autres symptômes ; on l'a vu, au contraire, être suivi d'un délire persistant ; en somme, la marche et la terminaison de la maladie n'en paraissent nullement influencées. »

(2) *Bulletin de thérapeutique*, 30 juin 1883. *Application du salicylate de bismuth au traitement de la fièvre typhoïde*, par H. Desplats.

(3) On sait, en effet, que l'acide salicylique produit de l'hyperémie cérébrale chez l'homme sain (Buss) et la plupart des auteurs croient que les préparations salicylées sont contre-indiquées en cas d'accidents cérébraux. L'état des reins peut encore être une contre-indication au traitement. (*Note de la Réd.*).

obligés d'en cesser l'administration pour de semblables accidents *imputables* au traitement, et souvent dans le cours du rhumatisme articulaire aigu nous avons donné des doses bien supérieures à 6 grammes par jour.

Ce que nous avons constaté le plus souvent, ce sont d'abondantes *transpirations*, qui gênaient peu ou pas du tout le malade, et parfois, mais rarement, de la *dépression des forces* et du *pouls*. Ce sont là des effets qui n'ont rien d'extraordinaire ni rien d'inquiétant dans une certaine mesure; ils prouvent tout au plus que le salicylate de soude donné contre la fièvre ne dispense pas de l'observation générale du malade, et que cette médication, pour active qu'elle est, demande, comme toute autre, un peu de surveillance et de sagesse dans son emploi. Quelque fortes qu'aient été les transpirations et la dépression, elles ont toujours été largement compensées par le bien-être qu'accusait le malade pendant toute la durée de l'hypothermie relative.

Nous ne prétendons pas toutefois sauver tous nos malades. J'ai rapporté plus haut quatre observations de décès. A part une malade, où le manque de soins au début de l'affection pourrait peut-être être mis en cause, tous ont succombé à des phénomènes méningitiques (1). La forme cérébrale, à marche rapide, pour ainsi dire foudroyante, est celle qui s'est montrée constamment rebelle au traitement salicylé. Cependant l'administration du salicylate de soude nous a paru, même dans ces cas, produire un amendement des symptômes; quant au délire si commun dans la fièvre typhoïde, nous l'avons vu presque toujours *disparaître* avec l'excès de température.

Sur les 64 typhoïdes, *de gravité au moins moyenne*, nous avons eu quatre décès; voilà les faits.

Nous sommes convaincus qu'au traitement adopté par notre chef de service, M. Collard, revient une part du succès, et nous engageons vivement nos confrères à suivre sa pratique (2).

CLINIQUE MENTALE

Des anomalies, des aberrations et des perversions sexuelles (3);

Par MAGNAN, médecin de l'Asile Saint-Anne.

Dans l'histoire de la folie, les fonctions sexuelles entrent fréquemment en jeu, les organes de la génération deviennent le point de départ d'illusions, d'hallucinations, de troubles de la sensibilité générale qui font naître des préoccupations singulières et qui créent les délires parfois les plus étranges. Les ouvrages anciens sont remplis, en effet, des prouesses des succubes et des incubes, des vilainies des diables et des sorciers, des obscénités du sabbat; mais peu à peu le Démonopathe se transforme en Persécuté; à tout l'attirail de la sorcellerie se substituent, avec les progrès de la science, les instruments du cabinet du physicien et les appareils, chaque jour plus nombreux, que d'ingénieuses applications introduisent même jusque dans nos demeures. Le Démonopathe et le Persécuté ne sont cliniquement qu'un seul et même malade et marquent la seconde période du délire chronique. Les troubles maladifs, en effet, sont les mêmes, l'interprétation par le seul fait des notions générales répandues dans les masses, change, et les influences diaboliques sont remplacées par les agents chimiques, les grandes forces naturelles, le magnétisme, l'électricité, le téléphone, etc., tout l'arsenal de l'industrie moderne.

Ce n'est point de ces désordres que je demande la permission d'entretenir quelques instants l'Académie, je désire m'arrêter sur les anomalies, les aberrations et les perversions sexuelles qui se montrent dans cette catégorie d'aliénés que l'on désigne sous le nom de *dégénérés*, groupe de malades chez lesquels l'hérédité exerce l'influence la plus puissante et qui, depuis l'idiotie profonde jusqu'aux individus mal équilibrés, présente tous les degrés de la débilité mentale. Ces anomalies sexuelles sont si nombreuses, si variées, qu'elles prêteraient à la confusion, si l'on ne faisait ressortir leurs liens réciproques par une classification basée sur l'anatomie et la physiologie.

Les *spinaux*, qui forment le premier groupe, sont réduits au réflexe simple, leur domaine se trouve limité à la moelle, au centre génito-spinal de Büdge. C'est l'onanisme chez l'idiot complet.

Pour les seconds, les *spinaux cérébraux postérieurs*, le réflexe part de l'écorce cérébrale postérieure et aboutit à la moelle. La vue seule, l'image d'un sujet de sexe différent, quelles que soient ses qualités, qu'il soit beau ou laid, jeune ou vieux, provoque l'orgasme vénérien. C'est l'acte instinctif purement brutal.

Un troisième groupe comprend les *spinaux cérébraux antérieurs*. Le point de départ du réflexe est dans l'écorce cérébrale antérieure; c'est une influence psychique, comme dans l'état normal, qui agit sur le centre génito-spinal; mais l'idée, le sentiment ou le penchant sont ici pervertis. Nous verrons, en effet, le penchant anormal d'une femme pour un garçon de deux ans. D'autre part, l'acte conjugal chez un homme, sous la dépendance exclusive du souvenir de la tête d'une vieille femme ridée, couverte d'un bonnet de nuit. Par suite, frigidité complète la première nuit des noces, l'image n'étant pas évoquée.

Enfin, les *cérébraux antérieurs* ou *psychiques*, ce sont des extatiques, des érotomanes. Un jeune élève des Beaux-Arts vit dans la chasteté absolue; son amour, c'est Myrtho qui s'est réfugiée dans une étoile; il contemple tous les soirs cette étoile, lui adresse des vers, brûle de l'encens.

Tel est le tableau qui paraît le mieux grouper toutes les variétés des anomalies sexuelles.

1° *Des spinaux*. — Je n'ai pas à rappeler que la moelle n'étant pas seulement un organe conducteur, renferme une série de centres échelonnés où aboutissent des impressions d'un département déterminé du corps et d'où partent des réactions (réflexes) vers les parties correspondantes. Parmi les centres localisés dans la région inférieure de la moelle, le centre génito-spinal a été nettement établi par les expériences de Büdge. Chez le lapin et le chien, il est situé, d'après

(1) Voir note 3, p. 48.

(2) Nous rappelerons que déjà quelques auteurs avaient préconisé le salicylate à dose massive comme fébrifuge. Nous citerons, entre autres, le passage suivant du *Traité de thérapeutique* de MM. Nothnagel et Rossbach : « L'acide salicylique, disent-ils, doit être administré, comme antipyrétique, de la même manière qu'on administre la quinine, c'est-à-dire qu'on doit en donner en une fois une dose élevée, et choisir, pour la faire prendre, le moment où la température a une tendance naturelle à tomber, par conséquent, le soir à une heure tardive; car les effets se produisent plus rapidement qu'avec la quinine; on prescrira 2 à 5 gr. d'acide, 4 à 8 gr. de salicylate de soude à prendre en deux doses, d'un quart d'heure à une demi-heure d'intervalle » (*Traité de thérapeutique*, trad. française, par M. Alquier, 1880, p. 445).

(3) Communication faite à l'*Académie de médecine* dans la séance du 13 janvier 1885.

Büdge et Goltz, au niveau de la quatrième vertèbre lombaire (1).

Si l'on ne peut pas sur l'homme localiser encore ce centre d'une façon précise, les faits pathologiques en démontrent l'existence. De plus, chez certains idiots complets, dénués de toute perception sensorielle, qui ne flairent pas, ne goûtent pas, qui voient sans regarder, qui entendent sans écouter et dont la vie purement végétative est réduite aux simples réflexes; chez eux, on peut voir se produire comme seule manifestation active, des manœuvres de masturbation. Or, ces êtres inconscients, isolés de toute relation extérieure par des lésions cérébrales irrémédiables sont relégués dans la moelle.

Parmi les idiots adonnés à un onanisme incessant, je citerai le cas d'une fille de 7 ans, dont le père, ivrogne, est mort phtisique et dont la mère, déjà névropathe, avait eu à subir, pendant la grossesse, de violentes émotions. Cette idiote, d'ailleurs très chétive, était née avec un pied-bot valgus du côté droit ; à 18 mois, à la suite de convulsions, on remarqua une déviation en dehors du pied gauche et, au bout de quelques semaines, le valgus s'était nettement dessiné. Des convulsions se reproduisirent et l'intelligence resta oblitérée. L'enfant, gâteuse, était indifférente, ne souriait pas à sa mère, criait par moments, déchirait ses vêtements et, dès l'âge de 3 ans, se livrait à la masturbation.

A 6 ans, quand j'ai eu l'occasion de la voir, elle était pâle, amaigrie, les organes génitaux externes, très développés, étaient flasques, ridés, flétris, elle ne prononçait que quelques mots, de temps à autre, elle faisait claquer la langue en relevant la tête; repoussait disant « caca » les aliments qui lui étaient présentés avec la main, les acceptait quand on les lui offrait sur une assiette, se mettait à quatre pattes pour manger le potage et s'irritait, repoussant tout et cherchant à griffer, si on essayait de lui faire prendre une autre position.

Dès qu'elle était sur une chaise, sur un matelas ou sur un lit, elle se courbait légèrement et portait la main à ses organes génitaux qu'elle frottait incessamment. En était elle empêchée, elle criait, pleurait, se frappait la tête. Quand on lui tenait les mains, elle remuait les jambes. Avec un petit maillot et des serviettes, on parvenait à protéger la région vulvaire, elle s'irritait alors et ne pouvant toucher ses organes, elle se frottait parfois automatiquement la partie latérale droite du cou, mais ne tardait pas à faire de nouvelles tentatives d'onanisme. Elle ne cessait que lorsqu'elle en était empêchée de force, elle ne s'arrêtait devant personne, si bien qu'un jour placée sur une table, elle a continué à se masturber pendant qu'on la photographiait.

A côté des faits d'excitation manuelle des organes, il est bon de placer certains cas de perversions sexuelles dans lesquels l'orgasme génital se produit spontanément, sans manœuvres extérieures, sans influence morale d'aucune sorte.

Tel est le cas d'une dame âgée de 35 ans, ancienne élève du Conservatoire, névropathe, gastralgique, mal équilibrée, mais néanmoins musicienne distinguée. Depuis douze ans, elle est en proie, par périodes de durée variable, à un éréthisme génital qui se produit habituellement le matin vers six heures et se traduit par du prurit vulvaire, des démangeaisons, parfois des sensations voluptueuses; elle se jette hors du lit, et parvient quelquefois, mais non toujours, à ramener le calme à l'aide d'injections ou d'ablutions froides. Les causes morales, les approches conjugales n'exercent aucune influence sur cet état. Par contre l'apparition d'une diarrhée un peu forte a suspendu à plusieurs reprises ces malaises, tributaires sans doute du centre génito-spinal. Le bromure de camphre a donné aussi un peu de repos.

Tel est encore le cas d'un névropathe de 55 ans, que j'ai eu l'occasion de voir avec M. Bouchard ; ce malade sourd et fils de sourde, a un frère et une sœur tous deux durs d'oreille et aliénés mélancoliques. Depuis plusieurs années, il est torturé par un priapisme qui le force à passer hors du lit une partie de ses nuits. Il éprouve constamment une sensation de chaleur aux lombes et à la verge. Après un sommeil très court, il est réveillé par une érection douloureuse qui l'oblige à se lever et qui, parfois, résiste aux lotions et aux lavements d'eau froide. Il reste debout, se lamentant, parcourant de long en large la chambre : puis quand l'organe est moins turgescent, il s'installe sur un fauteuil canné, les jambes élevées à l'aide de coussins, et parvient ainsi à goûter parfois quelques heures de repos.

Les approches sexuelles, rares ou fréquentes, n'ont aucune influence sur cet état, indépendant aussi de toute action morale. L'ergot de seigle, le bromure, le chloral, les bains, les douches ascendantes froides, l'hydrothérapie n'ont pas donné de résultats satisfaisants.

(A suivre).

(1) Voir : Kuss et Duval. *Cours de physiologie*, p. 79. Paris, 1883. — Vulpian. *Leçons sur l'appareil vaso-moteur*, t. II, p. 292. *Expériences* [illegible] *sur le nerf spermatique*. Paris. 1875. — Jaccoud. *Les paraplégies et l'ataxie du mouvement*, p. 149. Paris. 1864.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Kairine et antipyrine

En 1881, le Dr Filehne préconisait comme fébrifuge un produit découvert et étudié par Otto Fischer ; le *chlorhydrate d'oxyhydrométhylquinoleïne* (α) désigné plus simplement sous le nom de *kairine*. Le point de départ de ce corps est la *quinoleïne* $C^9 H^7 Az$ que l'on obtient facilement par l'action de la *potasse* sur la *cinchonine*. La *quinoleïne*, soumise à l'action de l'*acide sulfurique fumant*, donne deux acides sulfo-conjugués : 1° l'*acide quinoleïne sulfurique* α ou *ortho-quinoleïne sulfurique*; 2° l'*acide quinoleïne sulfurique* β ou *meta quinoleïne sulfurique*. Lorsque la réaction de l'acide sulfurique sur la quinoléine s'effectue à une basse température (au-dessous de 100 degrés), on obtient une forte proportion de l'acide α et peu de l'isomère β ; l'inverse a lieu si l'on opère à une température beaucoup plus élevée. On peut, du reste, séparer les deux acides obtenus en les transformant en sels de chaux; le sel β est très soluble dans l'eau froide et en le traitant par ce dissolvant, on l'isole du sel α qui est très peu soluble.

L'acide *ortho-quinoleïne sulfurique* traité par la soude caustique, donne un dérivé d'oxydation de la quinoléine : ce dérivé c'est l'*orthoxyquinoleïne* ou *oxyquinoleïne* α qui a pour formule $C^{18} H^7 Az O^2$. Cette *oxyquinoleïne* α traitée par les agents réducteurs (étain et acide chlorhydrique) fixe de l'hydrogène et se transforme en une nouvelle base, l'*oxhydro-quinoleïne* α que l'on met en liberté par le carbonate de soude. L'*oxyhydroquinoleïne* α ou *orthoxyhydroquinoleïne* a pour formule $C^{18} H^{11} Az^2 O^2$: c'est un alcali *secondaire*. Ainsi en le chauffant avec l'*éther méthyliodhydrique*, on le transforme en une base *méthylée* qui est l'*oxyhydrométhylquinoleïne* α ou *orthoxyhydrométhylquinoleïne* dont la formule est $C^{20} H^{13} Az O^2$. Cette

base se combine avec les acides pour former des sels et c'est précisément le chlorhydrate qui a reçu le nom de kairine.

Les propriétés physiologiques de la *kairine* ont été étudiées par les Drs FILEHNE et DE RENZI. On administre cette substance à la dose de 0 gr. 25 à 0 gr. 50 toutes les heures ou demi-heures. On observe une action très marquée sur le pouls et surtout sur la température ; l'abaissement maximum a lieu au bout de deux heures. Aujourd'hui, à la suite d'accidents divers, l'emploi de la kairine a été à peu près abandonné, et l'on parle beaucoup d'un nouvel agent, l'*antipyrine.*

L'*antipyrine* a été obtenue par LUDWIG KNORR d'Erlangen : c'est un dérivé de l'*oxyméthylquinizine.* On prépare ce dernier corps en faisant réagir l'*éther acétacétique* ou *éthyldiacétique* sur la *phénylhydrasine.* La *Phénylhydrasine* $C^{12} H^5 Az^2 H^3$ est obtenue en faisant réagir un mélange de proto-chlorure d'étain et d'acide *chlorhydrique* sur le *chlorure de Diazobenzol*, qui est lui-même un dérivé de l'*aniline.* L'*éther acétacétique* est obtenu par la réaction du *sodium* sur l'*éther acétique.* Pour obtenir l'*antipyrine*, on mélange 100 gr. de *phénylhydrasine* avec 125 gr. d'*éther acétacétique.* La réaction commence à froid avec élimination d'eau : on sépare cette eau du produit huileux qui prend naissance en même temps et que l'on chauffe au bain-marie pendant deux heures ou plus si cela est nécessaire, mais jusqu'à ce qu'une goutte projetée dans l'éther se change en une masse cristalline. On verse alors toute la masse, pendant qu'elle est chaude, dans une petite quantité d'éther qui sépare un peu de matière colorante. Il se forme un précipité blanc cristallin qui est lavé à l'éther, puis desséché à 100 degrés. Ce produit est l'*oxyméthylquinizine* ou *méthyloxyquinizine* $C^{20} H^{10} Az^2 O^2$.

Ce n'est pas encore l'*antipyrine* ; cette dernière est en effet la diméthyloxyquinizine $C^{22} H^{12} Az^2 O^2$. On obtient cette transformation en chauffant à 100 degrés et en tubes scellés un mélange à parties égales de *méthyloxyquinizine*, d'éther *méthyliodhydrique* et d'alcool *méthylique.* Après décoloration par l'*acide sulfureux*, la *diméthyloxyquinizine* est précipitée par la soude caustique, et purifiée par dissolution et cristallisation dans l'éther. En résumé, le point de départ du nouveau fébrifuge est le goudron de houille (1).

La *diméthyloxyquinizine* ou *antipyrine* présente les caractères suivants : C'est une poudre blanche, cristallisée en petites lamelles nacrées, inodore, fusible à 113 degrés, soluble dans l'alcool, la benzine et le chloroforme, peu soluble dans l'éther et soluble dans l'eau, ce qui permet, au besoin, de l'employer en injections sous-cutanées. D'après Otto Schweissinger, les réactions de l'antipyrine sont les suivantes : Six parties d'eau peuvent dissoudre dix parties d'antipyrine. Elle donne des précipités avec les réactifs généraux des alcaloïdes : Tannin, acide picrique, réactif de Bouchardat, de Valser ; l'acide nitreux colore en *vert* les solutions d'antipyrine ; la même réaction se produit avec l'acide nitrique fumant ; mais la coloration passe au rouge si on chauffe le mélange après y avoir ajouté de nouveau quelques gouttes d'acide. La solution d'antipyrine est colorée en *rouge-brun* par le perchlorure de fer et l'on observe la même coloration avec l'urine des individus qui ont absorbé ce médicament.

Les propriétés physiologiques de l'antipyrine ont été étudiées tout d'abord par le Dr Filehne, qui a obtenu par l'emploi de ce médicament un abaissement de température considérable. Il a pu l'administrer jusqu'à la dose de 10 grammes sans observer d'accidents secondaires graves. A la dose de 2 à 5 grammes, l'abaissement de température est de 2 à 3 degrés et persiste de 6 à 12 heures.

L'antipyrine n'agit pas sur les fièvres intermittentes. Les résultats annoncés par le Dr Filhene ont été confirmés par les Drs May et Rank. Le Dr Ernst ne croit pas que l'administration de l'antipyrine soit enièrement dépourvue d'inconvénients ; il a observé une éruption analogue à celle de la rougeole.

En France, l'action de l'antipyrine a été étudiée par MM. Debove, Germain Sée et Huchard. Les observations faites sont encore peu nombreuses parce qu'il est difficile, sinon impossible de se procurer de l'antipyrine. Le produit est en effet brévété en Allemagne et les fabricants n'ont pas le droit de le vendre en France. Il faut attendre que le concessionnaire du brevet français soit en état de livrer le produit au commerce de la droguerie, ce qui n'aura pas lieu encore avant un certain temps.

P. YVON.

(1) C'est un corps dont la constitution chimique est très voisine de celle que les recherches récentes fixent à la quinine.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 3 novembre 1884.

M. G. COLIN d'Alfort relate ses expériences sur les agents virulents. Il montre que ces agents peuvent conserver intactes leurs propriétés en passant dans l'organisme d'animaux, où ils sont sans action nuisible. En revenant ensuite dans des sujets sur lesquels ils ont de la prise, ils déterminent leurs effets ordinaires. Par conséquent, les animaux réfractaires peuvent devenir les agents passifs de la contagion.

M. Ch. PIGEON envoie un mémoire sur la diarrhée de la période prodromique du choléra.

M. MAREY communique les résultats de ses dernières expériences sur la marche de l'homme au moyen de l'odographe. La marche, chez certains individus, est d'une uniformité étonnante, tandis que chez d'autres, elle s'accélère sensiblement, puis se ralentit peu à peu. Les talons bas ont une influence favorable sur la rapidité de la marche. Les semelles longues rendent plus rapide l'allure de la marche de certains sujets. P. R.

Séance du 10 novembre 1884.

M. CHAIRY a constaté l'existence normale, dans l'air de la ville d'Alger, de sel marin et de fer. Le sel marin est apporté par les vents d'est et du nord, qui pulvérisent l'eau de la mer ; le fer est apporté par les vents de l'intérieur, et principalement par le sirocco.

M. V. MARCANO a trouvé dans la sève et le jus de certains végétaux des propriétés peptonisantes très énergiques. La sève d'agave transforme en trente-six heures la fibrine en un liquide chargé de peptone.

MM. GRÉHANT et QUINQUAUD étudient l'abaissement de la

pression du sang dans les artères à la suite de l'insufflation de l'air comprimé dans les poumons. La pénétration de l'air dans les artères démontre une déchirure des voies aériennes et sanguines. Il faut ainsi éviter de trop distendre les poumons quand on pratique la respiration artificielle.

MM. DOMINGOS FREIRE et REBOURGEON viennent de découvrir le microbe de la fièvre jaune (cryptococcus xanthogenicus); ils ont atténué son virus et ont pratiqué des inoculations préventives sur l'homme. Les sujets inoculés, au nombre de 400, ont pu vivre indemnes dans des milieux absolument contaminés, voyant tous les jours autour d'eux la fièvre éclaircir les rangs.

MM. CECI et KLEBS adressent une note sur l'étiologie du choléra asiatique. P. R.

Séance du 17 novembre 1884.

M. LADUREAU fait connaître le résultat de ses études sur le ferment ammoniacal, qui transforme l'urée en carbonate d'ammoniaque. Ce ferment existe en quantités considérables dans le sol, dans l'air, dans les eaux. Il transforme toute l'urée des animaux en sels plus assimilables pour les végétaux. Il agit dans le vide et il résiste aux anesthésiques, sauf au chloroforme.

M. G. POUCHET a décelé dans le sang et l'urine des cholériques la présence d'une quantité notable de sels biliaires. Le sang avait une réaction neutre ou à peine alcaline. La vésicule biliaire était gorgée d'une substance gélatineuse grisâtre.

Les déjections cholériques étaient alcalines. Elles abandonnaient au chloroforme un liquide huileux, toxique, qui ne serait autre qu'une ptomaïne. Une trace de ce liquide injecté sous la peau d'une grenouille a amené la mort.

M. BOCHEFONTAINE rend compte de l'expérience qu'il vient de faire sur l'ingestion stomacale du liquide diarrhéique du choléra.

M. VULPIAN communique les résultats de ses recherches sur l'action anesthésique du chlorhydrate de cocaïne. L'action de cet agent est de courte durée : elle s'exerce sur la conjonctive oculaire, la cornée, le pharynx, le larynx, etc. La salive sous-maxillaire est augmentée; les globes oculaires subissent une propulsion semblable à celle qui suit la faradisation du bout supérieur du sympathique cervical.

M. PÉCHOLIER envoie une note sur l'action de la quinine dans la fièvre typhoïde. P. R.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 10 janvier 1885. — PRÉSIDENCE DE M. D'ARSONVAL

M. GRÉHANT lit, au nom de M. PHELIPPEAUX, une note sur la *section des deux pneumogastriques*. On sait que les animaux, rats et cobayes en particulier, qui ont subi cette double section ne tardent pas à succomber au bout de quatre ou cinq jours. En coupant les nerfs l'un après l'autre, l'auteur a vu que la survie pouvait exister ; cependant, il est nécessaire de mettre au moins un intervalle de quinze jours entre les deux sections. On peut en conclure que, chez le rat en particulier, c'est là le temps minimum pour la régénération du pneumogastrique.

M. QUINQUAUD a fait des recherches expérimentales *sur la force musculaire en rapport avec l'excitabilité motrice du nerf.* Dans les cas de section du sciatique du chien, par exemple, la perte de l'excitabilité motrice du nerf, après avoir graduellement diminué, est complète au bout de quatre jours. M. Quinquaud a également étudié cette excitabilité motrice en sectionnant la moelle et en excitant ensuite le nerf, mais il a surtout cherché à déterminer les variations de l'excitabilité du nerf sectionné pendant les premières vingt-quatre heures. En un mot, l'excitabilité est-elle de même puissance un quart d'heure et vingt-quatre heures après la section? Les expériences nombreuses qu'il a instituées lui ont donné le résultat suivant : l'excitabilité motrice du nerf est identique un quart d'heure et vingt-quatre heures après la section.

MM. A. ROBIN et H. BENJAMIN ont étudié la maladie connue sous le nom de *polyurie du cheval*. Celle-ci se montre particulièrement en été, quelquefois à l'état épidémique ; elle est surtout caractérisée, entre autres altérations constatées dans l'urine, par la disparition dans celle-ci du carbonate de chaux. Ce médicament est du reste le véritable spécifique de cette affection chez les chevaux. M. Robin a essayé d'établir des rapprochements entre la polyurie du cheval et celle qu'on observe chez l'homme. Le cheval ne présente pas, comme l'homme, des polyuries chroniques; chez lui, l'affection est toujours aiguë. Néanmoins, dans un cas, M. Nocard a noté à l'autopsie d'un cheval qui avait une polyurie, qui durait déjà depuis longtemps, des lésions tuberculeuses. M. Robin rapproche ce fait de la polyurie qu'il a souvent observée chez les tuberculeux, et sur laquelle il ne tardera pas à appeler l'attention de la Société.

M. CHARPENTIER a envoyé une note qui contrôle les résultats obtenus en faisant agir la cocaïne sur les phénomènes de la fermentation et de la germination. La cocaïne retarde, suspend la vie des éléments sans la détruire.

M. HÉNOCQUE présente deux appareils destinés à l'*étude spectroscopique du sang*. Ces appareils, de construction très simple, permettent d'examiner le liquide sanguin sans le diluer ; ils sont applicables à tous les spectroscopes.

M. MALASSEZ a déjà fait construire un appareil basé sur des données analogues à celles qui ont guidé M. Hénocque; il n'en a pas retiré tous les avantages annoncés par le présentateur.

M. DUBOIS présente, au nom de M. BOTTARD, un mémoire sur l'*action du venin de la vive*. Les symptômes les plus importants sont : une douleur atroce au moment de la piqûre, un gonflement local bientôt suivi d'une plaque d'anesthésie; puis des phénomènes d'intoxication générale coïncidant avec un phlegmon diffus. M. DUBOIS présente en outre un mémoire contenant le résumé des opérations faites au moyen des *mélanges titrés d'air et de chloroforme* suivant la méthode de M. P. Bert.

M. Ch. RICHET dit que la piqûre de la *scorpène*, qui habite la Méditerranée, produit des effets analogues, et M. MALASSEZ rappelle que, lors de sa première expédition, Crevaux perdit un de ses matelots qui s'était piqué le pied en marchant sur une raie d'eau douce. Il survint de la gangrène de la jambe et le blessé mourut.

M. Ch. RICHET revient sur les critiques dont a été l'objet son appareil calorimétrique. En dehors des détails de technique, il dit qu'il a pu, à l'aide de cet appareil, contrôler certains résultats acquis et contrôler en particulier les faits classiques énoncés par Regnauld et Reiset : que l'exhalation de l'acide carbonique était proportionnelle à la quantité de chaleur produite.

M. D'ARSONVAL dit que les résultats qu'il a obtenus au moyen d'une méthode et d'un appareil auxquels on ne peut adresser les mêmes reproches qu'au calorimètre de M. Richet, l'ont amené à formuler des propositions tout à fait contraires : à savoir que la production d'acide carbonique n'était pas proportionnelle à la quantité de chaleur produite. Il a soumis ces résultats à l'Académie des sciences, et il ne croit pas que les expériences de M. Richet soient de nature à les infirmer. G. GILLES DE LA TOURETTE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 13 janvier 1885. — PRÉSIDENCE DE M. BERGERON.

M. LE PRÉSIDENT déclare une place vacante dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle.

M. BOUDET DE PARIS fait une communication sur le *traitement de l'occlusion intestinale par le courant galvanique*. L'excitateur ou rhéophore intestinal se compose d'une sonde en gomme que l'on introduit dans le rectum aussi profondément que possible ; cette sonde est armée extérieurement d'un mandrin métallique dont l'extrémité n'atteint

pas le niveau de l'œil de la sonde. Le mandrin est rattaché par un fil conducteur à l'un des pôles de la batterie et, au moyen d'un tube en caoutchouc, on le raccorde avec la canule d'un irrigateur ordinaire plein d'eau salée. L'eau salée traverse le mandrin, s'y électrise et remplit l'intestin en portant l'électricité sur tous les points où elle entre en contact avec la muqueuse. Pour l'autre pôle de la batterie, on se sert d'une large plaque recouverte de peau de chamois que l'on applique, suivant les cas, sur la région dorsale ou abdominale. L'intensité du courant oscille entre 10 et 50 milliampères; la durée de son application peut être de 5 à 20 minutes; quant à la quantité totale d'électricité mise en jeu, elle varie entre 3 et 60 coulombs. Sur 61 cas d'occlusion intestinale, 17 fois le courant galvanique a été impuissant. — L'asthénie cardiaque est la seule contre-indication à l'emploi de cette méthode.

M. L. Collin lit un *rapport sur le prix Vernois*.

L'Académie se constitue en *comité secret* pour entendre la lecture d'un rapport sur les travaux des candidats au titre de membre associé national. A. Josias.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 9 janvier 1885. — Présidence de M. Bucquoy

M. Vallin demande la parole à l'occasion du procès-verbal. M. Ferent avait, en effet, présenté à la Société quelques observations au sujet de la transmission de la tuberculose par la voie génitale. Cette question intéresse particulièrement M. Vallin, qui adresse quelques objections à M. Fernet. Le plus souvent les individus qui s'exposent à la contagion génitale, peuvent contracter la maladie par d'autres voies; la vie en commun explique suffisamment les portes d'entrée multiples de la tuberculose. M. Vallin se demande en outre si un individu ne peut pas contracter à la fois un chancre et la tuberculose. Etant donné un chancre chez un phtisique avéré, il faudrait inoculer l'humeur de ce chancre à un animal et voir si l'animal ne deviendrait pas tuberculeux. L'expérience n'a pas été faite. Il n'est pas prouvé que toutes les humeurs des phtisiques soient tuberculisantes. Quoi qu'il en soit. cette hypothèse est soutenable.

M. Vidal, nommé président de la Société, s'excuse par lettre de ne pouvoir assister aux premières séances, à cause de l'état de sa santé.

M. Bucquoy prend alors la parole pour dire à la Société combien sa tâche lui a été rendue facile par la bienveillance de tous les membres de la Société et par le concours des membres du bureau. Il salue la mémoire des morts et adresse la bienvenue aux nouveaux élus. Son discours est accueilli par des applaudissements unanimes. Cette allocution du président sortant contient un résumé des travaux de la Société; l'année a été bien remplie.

M. Guyot, vice-président, remercie de sa nomination et prend le fauteuil de la présidence en l'absence de M. Vidal.

M. Barth remercie de sa nomination au secrétariat.

M. Moutard-Martin écrit à la Société pour la prier de désigner trois membres pour le conseil d'hygiène de l'Assistance publique. Un médecin des hôpitaux d'enfants, doit faire partie de cette liste. MM. Cadet de Gassicourt, Lailler et Bucquoy seront présentés aux suffrages de la Société.

M. Lailler croit qu'il serait plus urgent de nommer dans la Société une commission d'hygiène qui servirait de conseil et de point d'appui à ses trois représentants.

M. Moutard-Martin annonce à la Société que le directeur actuel de l'Assistance publique est décidé à convoquer fréquemment le comité d'hygiène des hôpitaux. Il serait donc urgent que la désignation des trois membres fût très prompte.

M. Lailler retire alors sa candidature; M. Bucquoy propose la candidature de M. Besnier en remplacement de M. Lailler.

M. du Castel lit son rapport sur la situation financière de la Société. Le budget est en équilibre instable: aussi M. le rapporteur conseille-t-il aux membres de la Société la modération et la sagesse.

M. Guyot fut consulté, il y a trois ans, par un malade pour un développement exagéré du testicule gauche. Le diagnostic fut: goutte testiculaire. Quelques semaines après, il avait un accès de goutte articulaire; le testicule est redevenu normal. Il s'agit donc bien là d'une orchite goutteuse; ce fait n'est pas signalé dans l'article de M. Rendu, ni dans le livre de M. Lécorché, sur la goutte. M. Paget aurait signalé un fait analogue, d'après la communication orale de M. Rendu.

M. Millard a observé sur lui-même un fait analogue; en 1875, il fut pris d'une douleur subite dans le testicule droit; tout l'organe était gonflé. Au bout de quelques jours, M. Millard fut pris d'un véritable accès de goutte articulaire. La guérison fut également complète.

M. Desnos a traité plusieurs cas de sciatique par le chlorure de méthyle suivant le procédé indiqué par M. Debove. La guérison a été rapide et complète. Dans un autre cas, l'insuccès fut absolu.

M. Rendu a obtenu un succès relatif dans un cas de sciatique double. Dans un autre cas, la pulvérisation pure et simple de l'éther a donné un résultat plus remarquable. D'autre part, il a vu des eschares sérieuses à la suite du traitement par le chlorure de méthyle. Il donne donc la préférence à l'éther.

M. Bucquoy a employé quatre fois le chlorure de méthyle. Dans un cas, il s'agissait d'un tic douloureux de la face; pendant trois jours il y eut du soulagement. Puis les douleurs se sont réveillées plus intenses que jamais; insuccès absolu. Chez une femme atteinte de sciatique, même insuccès. Un jeune garçon est sorti guéri de l'hôpital. Dans un quatrième cas que M. Bucquoy qualifie de *tic douloureux du sciatique*, le chlorure de méthyle a été impuissant.

M. Sevestre, après six ou huit pulvérisations de chlorure de méthyle, a obtenu la guérison d'une sciatique rebelle.

M Lailler a fait usage depuis longtemps du chlorure de méthyle pour obtenir la congélation de la peau dans les *scarifications*. Il déclare qu'on ne peut doser l'action de ce médicament; il a été obligé d'y renoncer. Pour obtenir la congélation, l'acide carbonique solide serait préférable à tous égards. L'odeur du chlorure de méthyle est insupportable.

M. Legroux, séduit par les premiers résultats de M. Debove, a traité trois sciatiques par le chlorure de méthyle. Il a obtenu des eschares considérables et un érysipèle ambulant qui a couvert tout le malade. Dans tous les cas, l'insuccès a été complet. J. Comby.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 14 *janvier* 1885.— Présidence de M. M. Sée.

M. Trélat résume les idées qu'il a toujours défendues sur la réunion primitive qu'il pratique systématiquement dans le plus grand nombre des opérations.

M. Polaillon rapporte l'observation du seul décès qu'il ait à enregistrer sur de nombreux cas d'amputations du sein; il s'agissait d'une coïncidence de cancer et de tuberculose; l'opérée mourut de phtisie galopante.

M. Desprès dit qu'on a d'autant plus de chances d'éloigner l'époque de la récidive que l'on opère plus largement.

M. Tillaux a traité pendant longtemps les amputées du sein par le pansement ouvert, mais actuellement, à la faveur de l'antisepsie, il a adopté le principe de réunir le plus souvent qu'il le peut.

M. Trélat n'admet pas l'argumentation de M. Desprès, car elle comprend implicitement que les chirurgiens qui y recherchent la réunion primitive n'opèrent pas assez largement; or, cela n'est pas et ne peut être. On enlève tout, ou on n'opère pas. Et la discussion, débarrassée de l'élément récidive, doit porter sur les inconvénients ou les avantages de la réunion immédiate.

M. Verneuil pense que ces mauvaises économies de peau

ou de tissus, dans le but d'obtenir une réunion et une guérison rapide, ne sont point faites par les vrais chirurgiens. Mais il croit aussi que certains opérateurs n'opèrent pas assez largement dans le but d'obtenir une réunion.

M. Trélat, qui enlève très souvent toute la glande et tous les ganglions, réunit toute la plaie et croit que les cas dans lesquels la réunion est impossible, sont exceptionnels. Il ne faut pas essayer de trouver des arguments dans la pratique des anciens chirurgiens ; nous faisons mieux qu'eux et nos statistiques en répondent.

M. Lucas-Championnière enlève très largement, sans se préoccuper de la grandeur de la plaie qu'il réunit toujours par première intention, sans avoir encore observé un seul accident; ce qu'il attribue à l'antisepsie rigoureuse qu'il pratique.

M. Berger. Les conditions opératoires dans les amputations du sein sont trop variables pour qu'on puisse adopter une règle opératoire unique. Ayant vu quelques cas de récidive dans la peau après des réunions par première intention, M. Berger serait assez disposé à ne pas rechercher la réunion primitive dans le plus grand nombre de cas.

M. Desprès. Il faut, quand on enlève une tumeur de la mamelle, enlever *trop de peau*; réunir jamais, et, sur 95 cas d'amputation, je n'ai eu que trois décès.

M. Trélat. Enlever trop de peau ne veut rien dire. et je crois que lorsqu'on a enlevé jusqu'à 5 ou 6 centimètres au delà des parties malades, on a satisfait à toutes les exigences; or, même alors, la réunion primitive est le plus souvent possible.

M. Schwartz présente un malade auquel il a pratiqué la suture par anastomes du bout périphérique des deux tendons extenseurs du pouce Le bout central n'ayant pu être retrouvé, M. Schwartz sutura les bouts phériphériques au tendon du radial; le malade a recouvré tous les mouvements.

P. Poirier.

REVUE DE MÉDECINE

I. Arthropathie des ataxiques.

I. Dans son numéro du 31 décembre dernier, *The medical Press* résume la discussion qui vient d'avoir lieu à la Société clinique de Londres sur l'attention que l'on désigne habituellement en Angleterre sous le nom de *Charcot's disease of the joints* : « L'intérêt qui s'attache à l'affection des jointures que l'on observe spécialement chez les ataxiques. et sur laquelle le professeur Charcot a appelé l'attention, vient d'être mis en évidence à la *Société clinique* de Londres, dont les membres se sont livrés à une discussion sur ce point pendant plusieurs séances successives, surtout dans le but d'éclairer la véritable nature de cette affection. Le débat a été entamé par M. Morant Baker, qui rapporta l'histoire de plusieurs cas de sa pratique et qui appela spécialement l'attention sur la question de savoir si cette maladie est essentiellement distincte de l'arthrite rhumatismale chronique à laquelle elle est pathologicalement liée de près. La discussion qui s'ensuit a été digne de remarque, tant par la valeur de ceux qui y ont pris part, que par la variété des opinions qu'ils ont exprimées; mais un résumé sincère et sans parti pris des arguments qui ont été apportés d'un côté et de l'autre, justifie la conclusion que la position prise par le professeur Charcot n'a pas été sérieusement atteinte. Contre cette opinion, que l'arthropathie tabétique est une entité clinique et une maladie « nouvelle » autant que peut le faire croire sa récente découverte, se sont surtout élevés MM. J.-W. Hulke et Moxon, qui rejettent la théorie de la spécificité, et regardent cette affection comme une ostéo-arthrite modifiée par le terrain spécial sur lequel elle s'est développée. Ils basent surtout leur opinion sur des données pathologiques, et il est tout à fait significatif de remarquer que les faits cliniques ne jouent qu'un rôle peu important dans les discours qui ont eu pour but de prouver l'identité des deux maladies. Et en effet les caractères cliniques ont une grande importance dans l'espèce ; dans ce cas, les jointures affectées sont douloureuses et le siège de modifications graduelles, mettant souvent plusieurs années à se développer, et ne reproduisent que de loin l'arthropathie tabétique, qui, elle, évolue avec une rapidité à laquelle on ne peut comparer celle de l'ostéo-arthrite rhumatismale, et se distingue en outre par l'absence si caractéristique de douleur. Il est vrai qu'en ne tenant compte que de l'inspection des pièces faites après la mort, on peut éprouver une grande difficulté à décider de l'origine de telle préparation, et que l'on peut découvrir un grand nombre de variétés dans chaque forme ; mais il est aussi vrai de dire que l'anatomie pathologique est à elle seule incapable de fixer la place clinique d'une maladie produisant tels signes observés à l'amphithéâtre. Quant au côté clinique, qui n'est pas la partie la moins intéressante de l'histoire de la maladie en question, on doit dire que la Société clinique s'en est moins préoccupée qu'on n'aurait pu l'espérer.

Sur la question de la « nouveauté » ou mieux de la récente observation de la maladie, les témoignages de sir James Paget et du professeur Humphry sont très frappants. Ces deux orateurs déclarent que malgré leur grande expérience des collections anatomiques et leurs recherches spéciales dans le but de découvrir des pièces capables d'éclairer la discussion, ils ne sont arrivés à aucun résultat. Il faut relever ces deux circonstances : que, d'une part, les célèbres pathologistes auxquels on doit la fondation des collections nationales, n'ont jamais noté d'exemples de cette lésion à leur époque, bien que leurs travaux et les trésors qu'ils ont accumulés soient de sûrs garants de leurs infatigables efforts ; et que, d'autre part, comme Sir J. Paget le relève, des hommes tels que Hunter, Horwhip, Cruveilhier et Stanley, ayant à leur disposition un vaste champ d'investigation clinique, n'eurent pas la bonne fortune d'observer un fait caractéristique de cette maladie, si tant est qu'elle existât à l'époque de leurs recherches,

En somme, les avantages de la discussion sont certainement restés au professeur Charcot et à ses partisans, mais le sujet, quoique établi sur une meilleure base et mieux compris en général, n'est pas épuisé, et le dernier mot n'est pas dit sur la nature de la maladie. »

THÉRAPEUTIQUE

Du fer au point de vue de l'assimilation ;

Par le Dr **Albert BLONDEL**, ancie interne des hôpitaux.

Nous savons tous quel intérêt il y a d'administrer le fer aux repas ; nous évitons par là de molester par une action topique un estomac déjà dyspeptique et nous favorisons l'absorption du médicament quiprofite de l'orgasme digestif suscité par la présence des aliments.

Est-ce à dire que nous devions retirer des avantages particuliers de l'emploi de ferrugineux incorporés préalablement à des substances alimentaires: chocolat, biscuit, croquettes. etc... ? En aucune façon, ce qui importe par-dessus tout dans la thérapeutique martiale, c'est le choix judicieux du ferrugineux, et nous savons tous combien avec des préparations insolubles, qui seules peuvent entrer dans la composition de ces analeptiques ferrés, nous savons tous combien souvent nous nous heurtons à de l'intolérance stomacale avec ses manifestations de pesanteur, gastralgie, pyrosis, langue saburrale, etc.

En fait, ce qui doit dominer toute la thérapeutique martiale, c'est la constatation qui n'est que trop facile à faire chez nos anémiés, de la diminution d'énergie des grandes fonctions et particulièrement des fonctions digestives et d'assimilation, d'où l'obligation étroite pour nous de porter notre choix sur un ferrugineux physiologique, si possible, en quelque sorte tout élaboré et qui n'a rien à emprunter pour son absorption aux sucs digestifs d'un estomac délabré.

Nous devons avouer, qu'à part l'iodure ferreux qui, dans la diathèse scrofuleuse, agit d'ailleurs autant, si ce n'est

plus, par son iodure que par le fer lui-même; la meilleure partie des ferrugineux ordinaires nous ont fourni trop souvent des résultats infidèles.

Etant formellement admis aujourd'hui que le fer doit s'administrer à faible dose, quelques thérapeutistes ont pu un instant se demander si le fer dans les aliments n'existait pas en quantité suffisante pour suffire aux besoins de la réparation hématique. C'était là une thèse qui, de prime abord assez spécieuse, ne compte cependant plus de partisans aujourd'hui. Il est bien démontré en effet, que dans l'anémie essentielle et la chloro-anémie, c'est-à-dire dans la pénurie hématique due à une altération spontanée de la fonction hémato-poïétique, à une perturbation dans le processus de régénération du globule sanguin, l'intervention du fer est formellement indiquée, et rien, absolument rien ne saurait le suppléer.

Il nous est personnellement arrivé de traiter des chloro-anémiques par des toniques appropriés, par une hygiène rationnelle, hygiène alimentaire et climatérique, sans avoir recours aux ferrugineux. Or, ces malades, malgré l'apparence d'une bonne santé, sont restés comme devant achalybémiques et sujets à des épistaxis, à des vertiges cérébraux, etc. Chez des femmes dont la menstruation était imparfaite ou totalement disparue, le mieux survenu a toujours été éphémère et de durée plus ou moins courte.

D'autre part, il paraît certain qu'à notre époque de vie surmenée, où chacun brûle à outrance, où la dépense physiologique de tous les jours, supérieure à la recette, conduit fatalement à une anémie en quelque sorte endémique, il paraît certain que par cela même le fer est appelé à élargir tous les jours son action dans le domaine de la thérapeutique reconstituante.

Il paraît donc d'un intérêt capital pour le praticien de s'inquiéter d'un ferrugineux facilement assimilable, et c'est le moment de rappeler que tous les physiologistes d'aujourd'hui sont d'accord sur ce point que : *le fer ne pénètre dans l'économie que combiné à une substance protéique nutrimentive et surtout à l'albumine* « le plus assimilable de tous les principes organisés. » (Claude Bernard.)

Ce n'est pas d'aujourd'hui d'ailleurs, qu'il a paru rationnel de chercher dans l'économie elle-même le véhicule qui doit y transporter les divers éléments destinés à en devenir parties constitutives. Sachant, en effet, que l'albumine répandue à profusion et sous tant de formes dans les tissus vivants, jouit de propriétés dissolvantes énergiques sur les sels, il devait venir naturellement à l'esprit de se servir de ces propriétés pour faire arriver dans l'économie, sous une forme qui lui plût, les sels jusque-là mal supportés ou rejetés par elle. Cette ingénieuse théorie, déjà soupçonnée par Lassaigne, par l'éminent physiologiste Claude-Bernard, par Trousseau, Pidoux, etc., semble aujourd'hui pleinement confirmée depuis les travaux de M. Laprade sur ce sujet; nous en rappellerons seulement les conclusions :

L'albumine concourt à l'absorption du fer en s'y combinant.

A défaut d'autre albumine, le fer la prend dans l'organisme partout où il la trouve, et cela forcément aux dépens des tissus et des liquides animaux qu'il rencontre avant son absorption.

Si donc nous donnons au malade le fer tout préparé à l'état d'albuminate, nous évitons les inconvénients du médicament et nous augmentons d'autant toutes ses chances de succès.

Dans ces conditions, nous croyons le fer combiné à l'albumine appelé à occuper en thérapeutique une place tous les jours plus large. Depuis ces dernières du reste, nous avons recours exclusivement à l'*albuminate de fer* associé à l'écorce d'orange et nous pouvons dire que nous obtenons de la *liqueur de Laprade* les meilleurs résultats dans la chlorose et l'anémie sous toutes leurs formes.

Nous nous promettons d'ailleurs de revenir sur ce sujet et de chercher à expliquer d'une manière moins succincte l'action thérapeutique de l'albuminate de fer.

CORRESPONDANCE

Le personnel enseignant des Ecoles préparatoires de médecine.

Il y a quelques semaines (1), nous appelions l'attention du gouvernement sur les inconvénients qu'il y avait à commencer l'année scolaire avec un personnel enseignant incomplet. Nous n'avons pu dire tout ce que nous savions, les circonstances ne s'y prêtaient pas. Mais nous étions décidé à reparler des écoles préparatoires de médecine. L'occasion en est venue plus tôt que nous ne pensions, nous venons en effet de recevoir les renseignements suivants sur des faits qui viennent de se passer à Marseille.

7 janvier 1885.

Monsieur le Rédacteur,

Le *Progrès médical* a entretenu ses lecteurs à plusieurs reprises, durant le cours de l'année dernière, d'une nomination arbitraire faite par l'Administration dans le corps médical des hôpitaux de Marseille. Grâce aux énergiques réclamations de ses membres, la nomination fut annulée par l'autorité préfectorale et les administrateurs donnèrent leur démission.

Deux faits d'une aussi haute gravité viennent de se passer à l'école de médecine de la même ville. M. Roux, de Brignolles (Var), médecin des hôpitaux, l'un des protestataires dans l'affaire que nous rappelons, sans avoir jamais pris part seulement à un concours pour l'école, est nommé à la chaire de thérapeutique, tandis que M. Planchon, professeur suppléant pour les sciences naturelles, devient titulaire de la chaire d'hygiène et de médecine légale. Cette dernière chaire a été refusée à M. Rampal, professeur titulaire d'anatomie, expert près des tribunaux, les permutations entre des chaires si différentes ne pouvant être admises. Nous ne savons pourquoi M. Fallot, professeur suppléant des chaires de médecine, nommé au concours et comptant plusieurs années de service en cette qualité, a vu violer ses droits incontestables et incontestés à l'une ou l'autre de ces chaires.

Un concours pour une place de suppléant des chaires de médecine s'ouvre à Montpellier, le 10 février prochain. Il y a lieu d'espérer que d'ici là les professeurs de l'école de Marseille, membres pour la plupart de la Société des hôpitaux, sauront aussi énergiquement et heureusement que naguère, protester contre ces déplorables nominations. Si ces nominations, malgré tout, ne sont pas rapportées, qu'on veuille bien, au moins à l'avance, avertir les jeunes médecins qui vont concourir, à quoi ils s'exposent et clairement leur dire, en les dispensant de tout inutile travail, de tout déplacement superflu, les moyens par lesquels se capte et s'exploite la faveur du gouvernement soi-disant républicain....

Veuillez agréer, etc., Dr X...

Nous avons pleine confiance dans notre correspondant. Nous sommes persuadé qu'il a exposé les faits dans toute leur exactitude. Toutefois, dans le cas où il se serait trompé, nous insérerons les rectifications qui nous seraient adressées. Nous nous bornerons à relever un point : dans un gouvernement républicain, l'*élection* ou le *concours* doivent être employés le plus souvent possible pour le recrutement, pour la nomination aux fonctions publiques. Il va de soi que pour les fonctions de professeur-suppléant, c'est au concours qu'il faut s'adresser. Mais les concours ne peuvent subsister que si les hommes qui en ont subi les épreuves victorieusement, sont assurés d'avance des garanties sérieuses. Sans cela il est un leurre et le gouvernement manque à tous ses devoirs.

BIBLIOGRAPHIE

Traité de l'acclimatement et de l'acclimatation; par le Dr A. Jousset.

Depuis quelques années, il semble que le vieil esprit colonisateur de notre race tende à se réveiller. Les questions relatives à la géographie, dans ses applications aux arts, à l'industrie, au commerce, à la médecine, passionnent aujourd'hui le public éclairé, et la curiosité accueille avec avidité et satisfaction bien des œuvres de médiocre valeur, mais qui répondent précisément aux besoins du moment.

Voici qu'un observateur de grande autorité, un érudit consciencieux nous offre le résultat de huit années d'études

(1) *Progrès médical*, 1885, no 1, p. 14.

en pays chauds, et de nombreuses lectures, sur le sujet qui intéresse le plus l'œuvre colonisatrice : l'acclimatement et l'acclimatation. Nous ne pouvons douter qu'un accueil empressé ne soit fait à ce livre ; il le mérite à tous égards, et déjà la haute récompense dont l'Académie de médecine l'a honoré en a consacré le mérite.

Comment le milieu agit-il sur l'organisme humain ? Comment celui-ci peut-il s'adapter au milieu? Telles sont les questions immenses qu'on trouvera analysées et discutées dans l'ouvrage de M. A. Jousset.

Dans une première partie, l'auteur étudie les éléments climatériques des pays compris entre les tropiques, la chaleur, la pression atmosphérique, l'hygrométrie, l'électricité, les vents, les conditions du sol et des localités, les saisons; l'action de ces éléments complexes sur les races indigènes, et ensuite sur les races européennes immigrées. Il est ainsi conduit à formuler, avec une précision toute scientifique, les modifications dont l'ensemble donne aux individus l'acclimatement, l'accommodation au milieu.

Dans ces pages, la supériorité de l'Européen éclate évidente sur toutes les autres races. Même acclimaté, c'est-à-dire réduit dans ses énergies vitales, amoindri dans quelques-unes de ses fonctions physiologiques, il reste toujours et partout l'être dominateur. Son intelligence maintient son activité physique, et il demeure capable de plus d'efforts, *de plus de travail* que les indigènes auxquels il est mêlé. Au début d'une colonisation, l'indigène est l'instrument utile pour le défrichement du sol ; mais les premiers travaux accomplis, nous croyons que toute colonie est perdue, si elle n'arrive pas à se faire une population de sang européen et s'abandonne à l'utopie d'une transformation des races inférieures. Celles-ci disparaissent; elles ne se modifient pas. Compter sur le travail du nègre, de l'Arabe, de ces barbares ou de ces civilisés retardataires et rebelles à tout progrès, est, selon nous, une erreur. L'Algérie ne serait pas ce qu'elle est aujourd'hui, si le Français, l'Italien et l'Espagnol n'y avaient résolûment attaqué le sol, et nos établissements d'Amérique sont... ce qu'ils sont, parce qu'on a oublié ce qu'y ont su faire les premiers colons de notre race. Oui, même pour les travaux agricoles, nous estimons que les bras de l'Européen valent mieux que ceux du nègre. Et même, dans les milieux qu'on appelle insalubres, nous soutenons que l'Européen peut s'adapter ; seulement, il fera souche sur de nombreux cadavres ou s'éteindra même avant d'avoir accompli son but, s'il ne sait pas économiser ses forces de résistance, ménager ses moyens d'adaptation par une hygiène convenable.

Cette hygiène de l'immigrant, la science de l'acclimatation en a tracé les règles, et c'est sur la méconnaissance ou le dédain de ses préceptes, bien plus que sur l'insalubrité prétendue de maintes régions, que rejaillit la responsabilité des désastres qui ont marqué certaines tentatives colonisatrices, en ce siècle et au siècle dernier.

Avec le livre de M. A. Jousset, l'immigrant qui se déplace isolément ou avec une famille, l'administrateur et l'économiste, qui ont à diriger, de fait ou par le conseil, les grands mouvements de déplacements sur les régions lointaines, ont un guide sûr et de bon aloi. C'est peut-être le plus bel éloge que l'on aura à décerner à l'ouvrage.

Ce livre échappe à une analyse sommaire par la multiplicité des détails qu'il renferme. Mais il suffit d'énoncer son objet pour donner à tous le désir de le lire, et, si nous ajoutons qu'il est enrichi de nombreuses figures, écrit avec aisance et talent, nous croyons qu'aucune personne vraiment soucieuse des intérêts de la France au dehors, n'hésitera à le consulter.

X.

VARIA

Epilogue à l'affaire Spitzer

Rarement, jamais peut-être, la Société des médecins n'a vu des scènes si animées que le 19 courant (décembre) ; il a fallu tout le tact du président, professeur BILLROTH, et la modération du professeur Albert, pour éviter un scandale. Donnons une image aussi exacte que possible de la séance.

Le Profr WEINLECHNER démontre l'effet du collodion iodé. Il dit : « Dans le procès Spitzer j'ai été appelé comme expert par le juge d'instruction, pour donner mon opinion sur le collodion iodé. Conformément aux médecins légistes, Doll et Haschek, j'ai déclaré que, dans le cas Kautzky, un badigeonnage de collodion iodé 1/100 avait provoqué la gangrène du petit doigt. L'accusé en ayant appelé, la faculté de médecine, ayant fait plusieurs expériences sur le vivant, a déclaré que dans le cas particulier la gangrène n'est pas du fait du badigeonnage avec le collodion iodé à 1/100 ; ce collodion badigeonné en doigt de gant sur la phalangette du petit doigt, est un remède inoffensif. La Cour d'appel a alors cassé le jugement de première instance, déclarant que ledit jugement n'avait pu être donné autrement, parce que les médecins légistes et les témoins experts, Dr Raab et professeur Weinlechner, avaient fait des déclarations, qui ont forcé le juge à juger de la sorte. Quiconque est au courant du cas, comprendra que ces termes contiennent un reproche, surtout pour moi qui suis chirurgien. Convaincu que j'ai raison, je veux me laver de cette accusation. Je le dois à ma position, à la vérité et à ma réputation. J'ai donc fait plusieurs expériences. D'abord quelques remarques sur la collodion. Nous l'employions jadis quand la suture enchevillée (umschlungen?) était en usage pour le bec de lièvre, et pour rapprocher les bords des plaies, aussi, pour ainsi dire, comme moyen cosmétique dans les cas de phlébectasie, la tache rouge disparaissait alors pour quelque temps. Le Dr Raab a prouvé déjà au tribunal que, appliqué en anneau, il comprime fortement, et c'est pourquoi j'ai dit que le pansement pouvait donner une constriction aboutissant à la gangrène. Puis, le Dr W..., montre l'expérience suivante : un tube de caoutchouc fermé à un bout, long de 10 centimètres, avec une lumière de 0,7 centimètres est en haut en communication avec un petit tube de verre plus étroit de lumière et gradué. Le tube fut badigeonné neuf fois avec du collodion iodé, a la sixième fois déjà, l'huile contenue dans le tube de verre monta de 2,5 centimètres, et à chaque badigeonnage, pendant un certain temps, l'huile monte. W... n'a pas eu encore l'occasion d'expérimenter sur des animaux. Chez un enfant ayant des doigts surnumeraires, dont un septième doigt recourbe, et sur un gros orteil, anormalement tourné en dedans, j'ai essaye l'expérience : j'ai fait 17 badigeonnages ; un nombre moindre aurait, je crois, suffi. Sur l'orteil on voit nettement une ligne de demarcation, la phalangette est contractée, sur le doigt surnuméraire, la phalangette est devenue gangréneuse. J'ai lu dans le livre de Nothnagel et Rossbach, comme synonyme de collodion : Liquor sulfurico aethereus constringens. — L'enfant est examiné avec le plus grand intérêt. Le Profr Albert réussit à enlever le collodion recouvrant le doigt, et la phalangette apparait colorée en rouge-brun par le collodion iodé, mais intacte. Le Professeur W..., continuant. Il n'y a pas encore, il est vrai, de gangrène, mais je suis sûr qu'elle se développera à la fin. Le sillon de démarcation prouve que la constriction a été très forte et que chez des jeunes sujets, surtout ceux ayant souffert d'engelures, la gangrène peut se développer.

Professeur DITTEL, membre de la commission d'enquête de la faculté de médecine. Je crois de mon devoir de dire si je persiste dans mon opinion. Il n'y a pas lieu de tenir compte de personnalités, mais de juger les faits. Le Professeur W... a fait deux expériences sur lesquelles il croit pouvoir étayer son expertise. Je ne parle pas de ce qui s'est passé en première instance, certains états d'esprit peuvent influencer un jugement. L'expérience nous prouve qu'un badigeonnage parvient à faire contracter pendant un certain temps un tube de caoutchouc, cela est possible mais n'a pas de rapport avec notre cas, car c'est une substance inerte, et le corps vivant fort différent ne peut y être comparé. La seconde expérience a été avouée être négative par le professeur W... lui-même. Il est evident qu'en accumulant les couches de collodion iode, il se peut, comme avec la teinture d'iode, qu'il se forme une couche qu'on peut enlever ensuite comme une membrane. Mais en dessous il n'y a pas trace de gangrène. Ces deux expériences ne peuvent donc en rien changer notre manière de voir. (Nombreux applaudissements.)

Professeur ALBERT, rapporteur de la commission d'expertise (rapport donné à l'unanimite). Je ferai remarquer que je suis d'accord avec le professeur W... que, dans le cas Kautzki, la gangrène a été causée par le badigeonnage, mais le professeur W... aurait dû s'en tenir aux termes de l'expertise. Nous en avons convenu dès l'abord, et le professeur W... a combattu des assertions qui n'existent pas. Nous ne savions pas, *comment* la gangrène s'est développée. Ce n'était pas là la question, le tribunal nous ayant demande, s'il y avait ignorance de la part de Spitzer, et en présence de ce que nous voyons aujourd'hui, je vous demande, que devions-nous répondre ? L'expérimentateur lui-même s'est trompé bien qu'il eût fait des expériences dans ce but.

Nous avons appris qu'un medecin a été condamné pour avoir badigeonne avec du collodion iodé, et que la gangrène s'était développee. Chacun a donc du se demander si le collodion iodé provoque

la gangrène. Des professeurs émérites, consultés ont dit qu'ils n'en savaient rien; chacun disait: le collodion opère de la constriction, mais je n'ai jamais entendu dire qu'il provoquait la gangrène. Le Dr Spitzer a étudié, à Vienne, trois ou quatre ans environ après nous; à ce moment on ne savait rien du traitement des engelures par le collodion iodé: en tous cas, ni Dumreicher, ni Schuh, n'ont jamais employé ce remède. Il n'a donc pas pu apprendre à la faculté, que ce remède était dangereux parce qu'on n'en savait rien alors, pas plus qu'aujourd'hui. Rien non plus dans la littérature. J'ai cherché dans toute la littérature mise entre les mains des médecins, nulle part on ne met en garde contre ce remède. Donc, ni à l'école, ni dans ses études privées, Spitzer n'a pu apprendre que ce remède était dangereux, et nous voyons le danger du remède aujourd'hui: il forme sur le doigt un bonnet qu'on peut enlever. Nos expériences ont donné d'autres résultats. J'ai examiné *anatomiquement*, après badigeonnages répétés, et n'ai pas trouvé de gangrène. Si donc Spitzer n'a pas su ce que le professeur W... ne sait pas mieux que lui, on ne peut l'accuser d'ignorance. Il est probable que le médecin aurait pu reconnaître par tel ou tel symptôme que la gangrène, contre toute attente, allait se développer. Nous avons admises comme vraies, toutes les suppositions émises dans le jugement de première instance, et malgré cela, il était impossible de condamner le médecin. Rien n'annonçait une réaction, un gonflement, rien ne montrait l'imminence de la gangrène. Nous savons par la ligature élastique des tumeurs que la gangrène va se montrer, mais on voit rarement sur les parties centrales en communication avec la circulation des symptômes indiquant que la partie liée est en train de se gangréner. Nous ne savons pas *comment* cette gangrène se développa, et nous devrions savoir que le médecin en a vu les symptômes. Il faut savoir si une anémie provoquée par une compression de toute part donne lieu à une telle révolte de la part des parties internes du doigt, en communication avec la circulation. Pouvions-nous dire que le médecin était un ignorant? On ne nous a pas demandé quelle est la cause de la gangrène. Je n'ai pas publié mon rapport parce qu'on a déjà assez parlé de cette affaire. Je vais maintenant le faire. On a accusé un homme d'avoir badigeonné en anneau. Mais les témoignages concordants de la blessée, du père et de la mère prouvent qu'il n'a pas permis le badigeonnage en anneau. Si, Messieurs, on n'imite pas exactement les termes de l'accusation, nous ne sommes plus sûrs de rien. (Vifs applaudissements.)

Pr WINLECHNER. Les actes montreront dans quel sens j'ai jugé. Je ne voulais pas rendre Spitzer malheureux, mais on ne pouvait expliquer autrement la gangrène dans le cas particulier. Si mille fois la gangrène ne se montre pas et se montre la 1001e fois on ne peut pas dire: je ne sais d'où vient la gangrène. Un seul cas suffit. D'où venait la grangène chez Kautzky? La mère a probablement tant badigeonné qu'à la fin la gangrène s'est montrée. Qui a déjà vu un appareil plâtré provoquer la gangrène?...

Pr DITTEL. Moi et beaucoup d'autres l'ont déjà vu, souvent l'appareil est mal mis, je n'admettrai jamais que l'appareil en lui-même en est la cause..

Pr W. Non, s'il est bien mis et au bon moment. Un cas positif prouve plus que 100 négatifs. Je ne connais pas de mode de pansement aussi constricteur que le collodion iodé. Sommes-nous en définitive blâmés. Un rapport de faculté intelligent, aurait du dire: Le cas ne s'est pas encore présenté, on ne peut donc incriminer l'accusé, mais on ne peut pas démentir les faits. Il y eu de la gangrène, et le fait diagnostique par nous, a été nié (W., parlant très-haut): Personne n'en a le droit. Il ne faut pas rabaisser et traîner dans la boue les autres, pour en faire valoir un seul (mouvement).

Pr BILLROTH. M. Albert a cependant lui-même fait ressortir que dans son rapport il était dit que, dans ce cas, le collodion iodé a provoqué la gangrène.

Pr ALBERT. Le rapport a justement été fait dans le sens désiré par le Dr Weinlechner.

Pr W. Alors, je suis prêt à me rétracter.

Pr ALBERT. Il le faut.

Pr BILHROTH. Les débats sortent du terrain scientifique, je vous prie de les clore.

Dr DOLL, médecin légiste. Je suis un des malheureux experts de la première instance, et je dois me défendre parce que le Pr Albert a accusé les experts d'avoir incriminé Spitzer pour un acte qu'il n'a pas commis. Si le juge s'est prononcé dans ce sens, c'est son affaire, nous ne l'avons jamais fait; si les témoins assermentés déclarent que la seconde et troisième phalange ont été badigeonnés en entier, les experts ne peuvent supposer qu'on a employé une autre méthode. Le procureur général, le défenseur et le juge avaient protesté. Les experts n'ont pas employé le mot annulaire ou constriction, mais « circulaire », voulant dire par là que le doigt n'a pas été badigeonné dans son entier, et qu'aucune partie n'est restée libre dans la région badigeonnée; ce mot n'avait pas d'autre sens, car les experts n'ont pas admis l'explication donnée par Spitzer de la gangrène. Spitzer a dit que la compression annulaire a provoqué la gangrène, nous avons dit que cela n'a pas pu avoir lieu, sans quoi il y aurait eu de la gangrène humide, et la gangrène était sèche. On n'a jamais demandé aux experts de se prononcer sur l'ignorance de Spitzer, et ils n'ont donc pas eu à répondre à cette question.

Pr ALBERT. Je répète encore, que la base du rapport est que la gangrène provient du badigeonnage. Je prie de le lire...

Ce compte rendu objectif nous dispense de donner une analyse de la discussion. (*Wiener medizinische Wochenschrift*, n° 52, p. 1570).

Autre affaire Spitzer.

L'affaire du Dr Gustave Spitzer (de Vienne), qui s'est terminée si tragiquement, a eu son pendant en Bohême. On écrit de Budweis: au tribunal de district a eu lieu aujourd'hui une délibération, rappelant vivement le cas du Dr Spitzer à Vienne. Le Dr H. médecin praticien, fut appelé le 28 décembre de l'an passé à Auern auprès d'un enfant, qui, en tombant, s'était foulé la main; dans la région du carpe, deux os étaient luxés. Le médecin arrangea le tout, replaçant le tendon déplacé et appliqua un pansement. Le lendemain il ne vint pas voir le malade, parce que soi-disant on lui avait fait dire que tout allait mieux et que sa présence n'était pas nécessaire. Le 3e jour il vint, enleva le pansement, nettoya la plaie, plaça dessus une compresse trempée dans de l'acide phénique et fit un nouveau pansement. Pendant ce temps, la gan grène se déclara et d'autres médecins, appelés, déclarèrent l'amputation nécessaire. Les parents n'y consentirent pas. Quelques jours plus tard, le bras tomba de lui-même. Les médecins déclarèrent que la cause de la gangrène avait été la trop forte compression exercée par le bandage placé par le Dr H., qui avait arrêté la circulation du sang. Ils déclarèrent en outre que le devoir du Dr H., aurait été de venir voir son malade le 2e jour, pour changer le pansement. Plusieurs témoins déclarèrent que le pansement était fortement serré et qu'il n'était pas vrai qu'on eût fait dire au Dr H., que le malade allait mieux, et qu'il n'eût pas besoin de venir. M. H., fut donc déclaré coupable d'attentat à la sécurité de la vie (?), par le tribunal du district et l'exercice de son art lui fut défendu, jusqu'à ce qu'il eut prouvé par un nouvel examen qu'il avait suppléé à ses connaissances médicales imparfaites. En même temps il fut condamné à 50 florins d'amende, à 100 fl. de frais de maladie et à 900 fl. d'indemnité au patient. Le Dr H. en ayant appelé, le tribunal fut présidé par le juge Prinz, et le Dr Bendiener, (de Prague), défendit l'accusé. La faculté de médecine de Prague, consultée dans l'intervalle, fut très favorable à H. et déclara en grande partie erronée les conclusions des experts consultés. Il n'y aurait de la part de H. ni négligence ni ignorance. Les parents eussent dû aller chercher le lendemain le Dr H., puisqu'ils voyaient que l'enfant empirait. Le Dr Bendiener demanda que le jugement fût cassé et son client acquitté, rappelant les contradictions des témoins; il déclara que l'expertise était basée sur des hypothèses et des calculs intéressés. Le droit ne pouvait, d'après lui, se baser que sur des preuves évidentes et des faits. Le procureur général, chevalier von Koschin, s'associa à ces conclusions, car l'avis de la Faculté de médecine avait donné un tout autre caractère aux faits incriminés, que celui donné en première instance. La Cour d'appel prononça, après une courte délibération un acquittement. (*Wiener medizinische Blatter*, n° 50, p. 1592).

Nouveaux détails sur l'affaire Schweninger.

Il semble que le courant commence à être plus favorable à la faculté et à l'opinion publique qui s'est mise de son côté. Dans des cercles qui sont en relation avec la chancellerie de l'empire et le prince Bismarck, on raconte depuis peu que la chancelier ne savait rien de la vie antérieure du Pr Schweninger et considérait comme une injure personnelle le fait d'admettre qu'il avait donné de l'avancement à Schweninger sachant les faits antérieurs. On assure aussi que le chancelier a fait demander les actes judiciaires pour examiner l'affaire et a été tout effrayé par cette lecture. Il y a enfin une parole caractéristique prononcée par le vrai protecteur de Schweninger. A propos des faux bruits de la nomination de Schweninger, comme médecin en chef de l'état-major (?), le titulaire de ce poste a dit en société privée qu'il ne comprenait pas comment on pouvait croire que dans les circonstances actuelles Schweninger pût être nommé. Cela implique l'aveu qu'on admet que Schweninger est assez bon pour être professeur, mais pas assez pour être médecin en chef. Ces paroles ont cependant une certaine valeur symptomatique; il ne faudrait pas toutefois en conclure au triomphe de la bonne cause. Les journaux nous apprennent en effet que le prince de Bismarck sur le conseil de son médecin, Dr Schweninger, va accompagner sa femme souffrante pour assez longtemps dans le midi. Si cela arrive, il est certain que Schweninger l'accompagnera. Ce serait un fort bon moyen pour ce dernier d'éluder les fâcheuses discussions qui

vont commencer au parlement au sujet de cette affaire. En attendant que l'herbe ait poussé, qui donnera le cours de dermatologie à la Charité en son absence, voilà ce qu'on ne sait. Ce n'est pas du reste le premier collègue contre lequel notre faculté ait protesté. Déjà une fois, peu après sa fondation (1810), la faculté eut un cas de ce genre. Il s'agissait d'une chaire de magnétisme à créer. Le préavis était défavorable et la faculté protesta. Le curateur de l'Université, Von Schuckmann donna le vrai mot de l'affaire dans son rapport au roi : la création d'une chaire de ce genre eut empêché le pouvoir de sévir contre les faiseurs de miracles et les hallucinés religieux. Rien n'y fit. Le protégé du chancelier, alors prince Hardenberg, Dr Wolfart, fut nommé Professeur ordinaire le 7 février 1817. Cela ne dura [illegible] pas longtemps. Je vous apprends en outre que l'avancement de N. [illegible] en usage dans le monde académique, et à quel point [illegible] les facultés médicales, semble ne pas avoir lieu du tout cette année. Probable que la cause en est [illegible] du jour et aux nombreuses mutations faites [illegible] pour [illegible] la nomination de [illegible]. Le ministre ne dev[illegible] pas [illegible] des faveurs, car il a vu combien peu on lui en est reconnaissant. D'un autre côté notre faculté, pour éviter un refus [illegible], s'abstiendra de longtemps de proposer des professeurs à l'avancement. Il est regrettable qu'ainsi bien des espérances [illegible] par les événements de cet été, soient reléguées aux calendes grecques. En mettant ces vertueux, on a laissé à la porte quelques postulants qui ne le méritaient pas. (Correspondance de l'*Allgemeine Wiener Medizinische Zeitung*. 30 décembre 188[illegible]).

Autopsie proprement dite (1)

VIII. EXAMEN DES CAPSULES SURRÉNALES ET DES REINS.

a) Coupe et examen de la capsule surrénale gauche et enlèvement du rein gauche. — Après s'être assuré que le rein et la capsule occupent l'un et l'autre leur position normale, qu'il n'y a pas de malformation, que l'uretère est sain, qu'il n'y a pas d'abcès du voisinage, il faut détacher le diaphragme au niveau de ses insertions costales à gauche, puis pratiquer une incision semi-circulaire en arrière du rein, le long de son bord convexe. En avant l'on fait une autre incision semi-circulaire qui comprend, non seulement les vaisseaux rénaux et l'uretère, mais encore la capsule surrénale (volume, forme, capsules surnuméraires, etc.) Dès ce moment on s'assure si celle-ci présente quelque altération et l'on procède à l'enlèvement du rein et de la partie inférieure de la capsule surrénale, enlèvement qui s'opère avec la main. Il va de soi que cette technique n'est applicable que si la capsule et le rein occupent leur situation normale.

Les lésions des capsules surrénales sont peu communes (2). Si l'on excepte les tubercules, les tumeurs y sont rares, on a observé le sarcome, le carcinome, l'épithélioma (3). La congestion et les hémorrhagies sont plus fréquentes ; on notera encore la dégénérescence amyloïde, les infarctus (Klebs), les abcès, la sclérose, etc. L'hyperplasie généralisée ou partielle de la glande a été assimilée par Virchow aux hypertrophies de la glande thyroïde (goître surrénal, *Traité des tumeurs*, T. III, p. 281). — Dans les cas de maladie d'Addison, il est nécessaire, non seulement d'examiner avec soin les capsules surrénales, mais encore le plexus solaire, le ganglion semi-lunaire, etc.

b) Examen extérieur du rein et du bassinet. — Le rein sorti de la cavité abdominale, on le sépare de la couche cellulo-adipeuse qui peut encore l'entourer. — Après avoir examiné la surface extérieure de la capsule [illegible] plus ou moins transparente, etc., perforation provenant d'abcès rénaux), et noté la forme extérieure du bassinet (hydronéphrose, etc.), l'on fait tout le long du bord convexe une incision ne dépassant que de quelques millimètres la capsule. Cette incision a pour but de faciliter la décortication du rein, on saisit, par chaque côté, avec les pinces, un des bords de ladite incision et par une sorte de mouvements d'enroulement on détache la capsule, on note les adhérences, etc.

On constate alors l'aspect extérieur du rein, la coloration, la consistance, le poids (1), le volume, la forme, les irrégularités de la surface, etc. (ecchymoses, étoiles de Verheyen veines étoilées, kystes, infarctus de date plus ou moins ancienne, cicatrices diverses, forme lobulée du rein, tubercules, tumeurs diverses, abcès miliaires et autres, crétification des glomérules de Malpighi (2), etc.)

c) Coupe du rein et examen intérieur. — On procède ensuite à la coupe du rein. Celui-ci est placé dans la paume de la main gauche, le hile reposant sur celle-ci et les faces soutenues latéralement entre les éminences thénar et hypothénar et les doigts ; le couteau tenu à pleine main pénètre jusqu'au niveau du bassinet, l'incision déjà indiquée pour la pratique de la décortication. La main droite doit pour cette opération être maintenue en ligne droite avec l'avant-bras, la coupe devant s'opérer d'un seul trait, d'avant en arrière au moyen des seuls mouvements accomplis dans les muscles de l'épaule, l'articulation scapulo-humérale et le coude. En un mot, la coupe se fait en tirant, selon du reste les règles ordinaires : (Voir instruments et mode opératoire) (3).

La section incomplète (4), au niveau des deux extrémités du rein doit, au niveau du hile, atteindre le bassinet qui se trouve ouvert sur une plus ou moins grande étendue ; on achève la section de ce dernier avec les ciseaux et l'on a alors sous les yeux le rein divisé en deux moitiés par un plan allant du hile au bord externe ou convexe.

On aura à examiner l'espace occupé par la *substance médullaire* et par la *substance corticale* (atrophie ou hypertrophie), la coloration, la consistance des deux substances. Les glomérules peuvent être distingués parfois dans la substance corticale sur laquelle ils tranchent, surtout à la lumière oblique, par une différence de coloration (Petits points brillants, rouges ou pâles) (5). On doit encore distinguer dans la substance corticale les prolongements médullaires (pyramides de Ferrein), de coloration grise transparente, tandis que la substance corticale proprement dite présente une coloration plus foncée (gris-rosé). Ces diverses parties peuvent être plus ou moins hyperémiées, colorées en jaune, vert déterminé, etc.

La dégénérescence amyloïde (prédominance et aspect vitreux des follicules, des vaisseaux et des canalicules) peut être plus ou moins étendue, limitée aux follicules, etc.

Dans les néphrites, on doit surtout s'attacher à bien décrire les différences de coloration (opacité, aspect plus ou moins trouble, etc.) de consistance, (blanc mat, blanc jaunâtre, etc.), gros rein blanc lisse, granuleux, petit rein blanc granuleux, etc.) l'état de chaque partie constituante du rein.

Dans les néphrites goutteuses, on peut distinguer des raies crayeuses d'urate de soude, et dans les néphrites infectieuses

---

(1) Extrait d'un *Manuel de technique d'autopsie*, par Bonneville et Bricon. Voir les nos 43, 44, 46, 47, 48, 50 et [illegible].

(2) La capsule surrénale présente normalement, à la coupe, trois zones de couleur différente, une substance corticale [illegible] chez les enfants, jaune clair opaque chez les adultes, séparée de la substance médullaire par une zone intermédiaire brunâtre [illegible]taire), la substance médullaire est grise, le plus souvent ramollie (altération cadavérique, d'où résulte que le centre de la glande paraît cavitaire). La substance corticale présente chez l'adulte de la dégénérescence graisseuse normale. Sa consistance est dure. Poids : de 2 à 9 grammes. — Dimensions : diamètre antéro-postérieur : 75 mill. — Hauteur de 25 à 35 millim.

(3) L'un de nous a eu l'occasion d'observer un cas d'épithélioma de la capsule surrénale gauche ; il existait en même temps une tumeur de même nature du rectum, sans qu'il ait été possible de déterminer quelle était celle des deux qui était primitive.

(1) Poids : de 140 à 150 gr. ; longueur : 11 centim. ; largeur, 5 centim. ; épaisseur : 3 à 4 centim. ; épaisseur de la couche corticale périphérique : 6 millim. environ.

(2) [illegible] que ces glomérules sont séparés de la surface du rein par une couche de substance corticale ne contenant que des tubes contournés, [illegible] pathologique que ces glomérules peuvent être vus.

(3) « Le [illegible] est en effet essentiellement fait pour couper en tirant, il ne doit être [illegible] ni [illegible] dans les organes. Le fil du couteau seul doit passer rapidement au milieu d'eux. S'il [illegible] pour ce trait de section rapide toute la force des muscles de l'épaule, et l'on peut aussi déplacer en grand [illegible]. Mais plus considérable est le déplacement de force, plus rapide doit être la section, sans quoi l'organe s'écrase sous la [illegible]. » Virchow, *Die Sections-Technik*, p. 27.

(4) Pour pouvoir [illegible], les deux moitiés.

(5) A la suite d'un traitement prolongé par le nitrate d'argent, les glomérules sont imprégnés par le sel et sont colorés en bleu noir.

des embolies micrococciennes (ligne blanche limitée par deux raies rouges) (1).

La plupart des néoplasmes se rencontrent dans les reins, tuberculose, carcinome, sarcome, adénome, gommes (très rares), kystes hydatiques, angiomes, etc.)

Les infarctus ont ici, comme dans le rate, la forme d'un cône, à base périphérique (voir *rate*); il y a lieu, dans ce cas, de rechercher l'origine de l'embolus. Sous le nom d'infarctus, on a encore désigné l'accumulation de sels calcaires dans les canalicules ou leurs parois, les glomérules, etc. (infarctus calcaires dont le siège de prédilection est l'extrémité des papilles), d'acide urique (infarctus uratiques observés dans les canalicules des papilles et de la substance médullaire chez les enfants, dans les premières semaines de la vie, presque exclusivement chez ceux qui ont respiré), d'hémoglobine et d'hématoïdine, de bilirubine (dans l'ictère des nouveau-nés) (2).

d) Examen des calices et du bassinet. — En ouvrant le bassinet on a déjà pu constater la présence de sables, calculs (3), (oxalate de chaux, acide urique, urates, phosphates, carbonates, cystine, xanthine), de pus (pyélite), etc. Le bassinet et les calices peuvent être dilatés (hydronéphrose), (le rein est parfois réduit à une simple coque); on doit toujours, dans ces cas, noter quels sont la cause et le siège (parfois éloigné), de l'obstacle au cours de l'urine. La muqueuse des calices et du bassinet peut encore être hyperémiée, ecchymosée, épaissie, recouverte de fausses membranes, ulcérée, on y rencontre aussi des tubercules, des kystes miliaires à contenu séreux ou colloïde (4), etc.

L'examen du rein se terminera par l'examen et au besoin l'ouverture des vaisseaux rénaux (thrombose et embolies).

e) Examen de la capsule surrénale et du rein droit. — Le rein gauche examiné, on ramène les intestins et les autres organes déplacés à gauche et l'on détache le cœcum, les colons ascendant et transverse, que l'on rejette sur la gauche, l'on découvre comme à gauche et par le même moyen l'uretère (dilatations, etc.), puis l'on sépare le diaphragme de ses insertions costales à droite. Il faut, ici, prendre garde à ne pas couper le foie ou les organes environnants; aussi doit-on, tout en incisant relever le foie et s'aider de la vue. Le foie rejeté à gauche, l'on coupe la capsule et l'on enlève le rein comme à gauche. Nous n'avons rien de particulier à dire pour ce côté de plus que ce qui a été indiqué ci-dessus pour le côté gauche; toutefois nous ferons observer qu'il ne faudrait pas attribuer à une lésion la coloration verdâtre souvent observée de l'extrémité supérieure du rein, coloration cadavérique due à la proximité du foie. Les intestins produisent, du reste, aussi parfois, une coloration de même nature sur la face interne et antérieure des reins. (*A suivre.*)

Suppression du Comité consultatif des laboratoires municipaux et départementaux.

Par décret du 30 décembre 1884 : Le comité consultatif des laboratoires municipaux et départementaux, institué par décret du 27 septembre 1883, est supprimé. Les attributions conférées par le décret précité au comité consultatif des laboratoires sont exercées par le conseil consultatif d'hygiène publique de France. Indépendamment des attributions qui lui sont conférées par le décret du 30 septembre 1884, le comité consultatif d'hygiène publique de France est chargé d'émettre des avis; 1° Sur la qualité des aliments, boissons, condiments et médicaments livrés à la consommation; 2° Sur les rapports qui lui sont soumis, soit par les chefs et directeurs des laboratoires municipaux et départementaux, soit par les autorités municipales et départementales; 3° Sur les méthodes à employer dans les laboratoires pour l'analyse et l'examen des diverses denrées alimentaires; 4° Sur les moyennes au-dessus et au-dessous desquelles lesdites denrées seraient declarées mouillées ou falsifiées; 3° Enfin, et d'une manière générale, sur toutes les questions techniques se rapportant au fonctionnement des laboratoires établis soit par les départements, soit par les communes.

Thèses de la Faculté de Médecine.

Lundi 19. — M. Bourdin. Contribution à l'étude des principaux facteurs de gravité dans la syphilis. — M. Boutineau. De la cautérisation actuelle dans le traitement des maladies articulaires. — *Mercredi* 21. — M. Vaisse. Du rhumatisme cardiaque. — M. Levassor. Contribution à l'étude des éruptions quiniques. — M. Alvarez. Étude sur les plérisplénites et la pleurésie de voisinage dans la fièvre typhoïde. — *Vendredi* 23. — M. Barbier. De l'épilepsie syphilitique et de son diagnostic différentiel avec l'épilepsie vulgaire. — M. Monier. Influence des états constitutionnels et des altérations viscérales sur le traumatisme. — Blessures accidentelles, opérations chirurgicales. — *Samedi* 24. — M. Legrix. De la crépitation en chirurgie et de l'absence de crépitation osseuse dans certaines fractures. — M. Duhamel. De l'aphasie au début de la paralysie générale.

Enseignement médical libre.

Hôtel-Dieu. — Clinique chirurgicale. — M. le Dr TILLAUX, chirurgien de l'Hotel-Dieu, commencera ses leçons de clinique chirurgicale le lundi 19 janvier à 9 heures 1/2 et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 4 janvier au samedi 10 janvier 1885, les naissances ont été au nombre de 1292 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 443; illégitimes, 238. Total, 681. — *Sexe féminin* : légitimes, 433 ; illégitimes, 178. Total, 611.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881, 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 4 janvier au samedi 10 janvier 1885, les décès ont été au nombre de 1192 : savoir : 605 hommes et 587 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Choléra : M. .. F. .. T. .. — Fièvre typhoïde : M. 20. F. 16. T. 36. — Variole : M. 3.. F. .. T. 3. — Rougeole : M. 18, F. 20, T. 38. — Scarlatine : M. 1, F. 4, T. 5. — Coqueluche : M. 4. F. 8 T. 12. — Diphthérie, Croup. M. 19, F. 26, T. 45. — Dyssenterie : M. .. F. .., T. .. — Erysipèle : M. 4, F. 6, T. 10 — Infections puerpérales : 5. — Autres affections épidémiques : M. .. F. .., T. .. — Méningite tuberculeuse et aiguë : M. 24, F. 24, T. 48. — Phthisie pulmonaire : M. 118, F. 72 T. 190. — Autres tuberculoses : M. 9. F. 9. T. 18. — Autres affections générales : M. 32, F. 44. T. 76. — Malformations et débilité des âges extrêmes : M. 27, F. 34. T. 61 — Bronchite aiguë : M 35 F. 38. T. 73. — Pneumonie : M. 30, F. 44, T. 74. — Athrepsie : M. 28 F. 26 T. 54. — Autres maladies des divers appareils : M. 202 F. 189, T. 391. — Après traumatisme : M. .., F. .., T. .. — Morts violentes : M. 26, F. 11. T. 37. — Causes non classées M 5, F. 10, T 15.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 88 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 37 ; illégitimes, 17. Total : 54. — *Sexe féminin* : légitimes, 26 ; illégitimes, 8. Total : 34.

ÉCOLE DE MÉDECINE D'AMIENS — Voici les noms des lauréats pour l'année scolaire 1883-84 : *Médecine* : 3e année, médaille, M. Levoine; — 2e année, médaille, M. Helte; — 1re mention, M. Mercier ; 2e question, M. Caubet ; — 1re année, médaille, M. Lenté; mention, M Sarraziu. — *Pharmacie* : 2e année, médaille, M. Crépier ; mention, M. Lesenne; — 1re année, médaille, M. Melin ; 1re mention, M. Farey ; 2e mention. M. Rouillard.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE CAEN. — M. DE FORCRAND, docteur ès sciences, est délégué dans les fonctions de suppléant des chaires de physique et de chimie.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE GRENOBLE. — Un concours pour un emploi de professeur suppléant d'histoire naturelle à cet école s'ouvrira le 1er juin 1885, devant la faculté de médecine de Lyon. Le registre d'inscription sera clos un mois avant le concours.

FACULTÉ DES SCIENCES DE PARIS. — M. HOUSAY est nommé préparateur adjoint de zoologie (emploi nouveau).

(1) On ne doit pas oublier de comprimer avec le doigt l'extrémité des papilles, d'où l'on fait sortir par les orifices une plus ou moins grande quantité de liquide plus ou moins épais et selon les cas d'aspect divers.

(2) Nous ne pouvons pas nous étendre plus longuement sur les lésions qui peuvent se rencontrer dans le rein, nous renvoyons à ce sujet aux *Traités d'anatomie pathologique*, aux *Traités spéciaux* et aux *Etudes sur la pathologie du rein*. de Cornil et Brault (Paris, 1884). Le rein est un des organes les plus importants de l'économie humaine et doit toujours être examiné; sous aucun prétexte cette règle ne doit souffrir d'exceptions.

(3) Dans l'examen des calculs l'attention doit être portée sur le noyau, qui peut être de nature diverse (centre de formation), et autour duquel se déposent les couches concentriques successives.

(4) Dans les cas de compression incomplète, on peut ne trouver à l'autopsie dans le bassinet dilaté qu'une bouillie liquide composée d'éléments divers (épithéliums, cylindres, etc.), comme nous l'avons observé dernièrement. Il s'agissait dans notre observation d'un rein en fer à cheval à convexité inférieure l'uretère situé en avant permettait encore en partie l'écoulement de l'urine, qui stagnait toutefois dans la partie déclive et supérieure (cul de sac, de la partie postérieure et inférieure du bassinet.

FACULTÉ DES SCIENCES DE LYON. — M. MARTIN est nommé préparateur de chimie générale. M. BALLAND, est nommé préparateur adjoint de chimie générale.

FACULTÉ DES SCIENCES DE NANCY. — M. RUTTINGER, est nommé préparateur de chimie organique (emploi nouveau).

HÔPITAUX DE MARSEILLE. — Le concours de l'internat s'est terminé par la nomination de MM. Wallich, Jacques, David, Dalmas et Cotte.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE. — Dans la séance du 11 janvier la Société anatomique a procédé à l'élection de son bureau et de son comité qui se trouvent constitués comme il suit : *Président* : M. CORNIL. — *Vice-Présidents*: MM. GOMBAULT, KERMISSON.— *Secrétaires* : MM. CHARRIN, DURAND-FARDEL. — *Trésorier* : M. BABINSKI. — *Archiviste* : M. MARIE. — *Membres du Comité* : MM. LETULLE, CHAUFFARD, DÉJERINE, BRUN, JALAQUIER, PICQUÉ.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU IXe ARRONDISSEMENT. — Election du bureau pour 1885 : MM. DE BEAUVAIS, président ; BONCOMONT, vice-président ; DELEFOSSE, secrétaire général ; REY, secrétaire annuel ; NITOT, secrétaire annuel-adjoint ; G. PIOGEY, trésorier. Conseil de famille, MM. HERVÉ DE LAVAND, ROUGON.

CONSEIL MUNICIPAL DE PARIS.— M. Paul Strauss a déposé sur le bureau du Conseil une proposition tendant à l'ouverture d'un crédit pour la création d'un laboratoire d'hygiène, sans préjudice d'une proposition ultérieure relative à l'installation définitive du musée d'hygiène.

INSPECTION DU SERVICE DES ENFANTS ASSISTÉS. — M. BRINDEJONT, est nommé inspecteur du service des Enfants Assistés de la Seine, en remplacement de M. le Dr Taule, dont nous avons annoncé la nomination comme directeur de l'Asile Sainte-Anne.

INSPECTION SANITAIRE DES GARNIS. — Conformément à la délibération du conseil général en date du 21 novembre 1884, le préfet de police vient d'instituer un service d'inspection sanitaire des garnis dans les communes suburbaines. divisées en quatre circonscriptions.

COMITÉ D'ENCOURAGEMENT AUX SAVANTS. — M. E. FRÉMY, membre de l'Institut, propose la création d'un Comité en dehors de la Société des Amis des Sciences qui existe déjà, à venir en aide aux savants sans fortune, en formant par souscription un capital dont les intérêts seraient reportés sous forme de pensions, par le Comité. M. Frémy souscrit pour 5,000 fr. et annonce la publication incessante d'une liste de souscriptions.

ETUDIANTS ÉTRANGERS.—« Le chauvinisme des Français, lisons-nous dans la *Deutsche medizinal Zeitung* (12 janvier 1884), est actuellement dirigé contre les étudiants étrangers. On reproche aux professeurs français d'être plus bienveillants pour ceux-ci qu'envers leurs compatriotes. Les Allemands ne sont pas cette fois victimes de cette rage comme on peut s'en assurer par le recensement des étudiants étrangers, publié par l'*Union médicale* (suit la nomenclature des étudiants étrangers parmi lesquels ne se trouve aucun Allemand).

CONGRÈS DE PHARMACIE. — Le sixième congrès international des pharmaciens doit s'ouvrir à Bruxelles en 1885, pour la fin d'août ou le commencement de septembre. MM. Van Bastelard et Van de Vyvere ont été désignés pour remplir les fonctions de président et de secrétaire du comité d'organisation.

CONGRÈS MÉDICAL DE WASHINGTON. — La commission d'organisation du neuvième congrès international des sciences médicales, qui doit se réunir en 1887 à Washington, se compose de MM. les Drs Austin Flint (de New-York), Minis Hayes (de Philadelphie), Lewis Sayre (de New-York), Christophes Johnston (de Baltimore), George Engelmann (de Saint-Louis), Brown et Billings, médecins de la marine et de l'armée des Etats-Unis.

ACADÉMIE DES SCIENCES DE SAINT-PÉTERSBOURG. — Cette académie a élu membres correspondants MM. PASTEUR et KOCH.

CRÉMATION A NEW-YORK. — D'après *The N. Y. med. Journal* (n° 21) la première pierre d'un *crematorium* a été posée à la fin de novembre dernier au cimetière du Mont Olivet, Long Island.

CRÉMATION EN ANGLETERRE. — La *Société de crémation* d'Angleterre annonce qu'elle est prête à entreprendre la crémation des corps suivant des règles dont les particuliers peuvent prendre connaissance chez le secrétaire de la Société, W. Eassie, esq., 11, Argyll street.

NOUVEAU JOURNAL. — Nous recevons le premier numéro du ournal *Der Forschritt* (organe central pour la pharmacie commerciale et pratique), paraissant en allemand à Genève les 5 et 20 de chaque mois.

NÉCROLOGIE. — On annonce la mort du Dr Victor DESSAIGNES (de Vendome), membre correspondant de l'Académie des Sciences, section de chimie. — Le 31 décembre ont eu lieu à Lyon, les funérailles de M. le Dr RODET, ancien chirurgien en chef de l'Antiquaille, fondateur et président de la Société protectrice de l'enfance. — On annonce le décès de MM. les Drs BOYMIER, de Sainte-Foy-la-Grande (Gironde) ; — E. FERRÉ, de Saint-Médard-en-Jalle (Gironde) ; — LOUSTALOT, médecin de colonisation à Bou-Sfed (province d'Oran). — M. Henri LORMAND, interne des hôpitaux de Paris, est décédé à Pau, le 29 décembre dernier, à l'age de 26 ans. — Le Dr Henri GIBBONS est mort le 5 novembre à Wilmington, Delaware, Etats-Unis, où il était né en 1808. Il était l'un des deux rédacteurs en chef du *Pacific. med. and Surg. Journal and Western Lancet* depuis le mois de juillet dernier. Auparavant, il rédigeait le *Pacific med. and Surg. Journal*. Il fut l'un des fondateurs du Collège médical du Pacifique où il occupa la chaire de médecine pratique et de médecine clinique. — Nous apprenons la mort de MM. les Drs Camille MIGNON (de Paris), MORLAND (de Nantes), de MM. les Drs Richard VANDERSCHUREN (de Molenbeek-Saint-Jean) et VERBOOMEN (de Bruxelles). On annonce la mort subite, à Pittsburg, du Dr ALLISON REED, aliéniste americain bien connu. — M. le Dr Augustin SALA, médecin principal de 1re classe et médecin en chef de l'hôpital militaire de Toulouse, vient de mourir dans cette ville. — On annonce également le décès du Dr PIOTROFSKI, professeur de physiologie à l'Université de Cracovie.

Chronique des hôpitaux.

Hospice de la Salpêtrière. Clinique des maladies du système nerveux. — M. le professeur CHARCOT a repris ses leçons du vendredi, le 9 mai. — M. A. VOISIN : clinique mentale, le dimanche à 9 h. 1/2.

Hôpital de la Charité. — *Clinique médicale*. M. HARDY, professeur, mardi, jeudi, samedi à 10 heures. Consultations le samedi à 9 heures. Visite tous les matins à 8 h. 1/2. — Salles Saint-Charles et Sainte-Anne.

Clinique chirurgicale. — M. TRÉLAT, professeur, mercredi et vendredi. Consultations, mardi, jeudi, samedi à 9 heures. Visite tous les jours de 4 h. 1/2.

Hôpital de la Pitié. — *Clinique des maladies de l'estomac*. M. le Dr AUDHOUI a repris ses leçons cliniques sur les maladies de l'estomac, le jeudi 20 novembre 1884, à 9 heures 1/2 du matin, à l'amphithéâtre n° 3 ; il les continuera les jeudis suivants, à la même heure.

Hôpital St-Louis. — Service de M. ERNEST BESNIER. Salles Gibert et Cazenave, à 9 heures. — Ordre des travaux à partir du 1er janvier 1885. — Lundi : Policlinique dermatologique et syphiliographique (consultation externe), — Mercredi : Clinique dermatologique et syphiliographie (salle Gibert et Laboratoire Cazenave, ou salle de conférences du Musée). — Jeudi : Opérations dermatologiques : lupus, achnès, scrofulomes, etc. (laboratoire Cazenave)— Samedi : Policlinique des affections parasitaires : teignes, alopécies, dermatoses infantiles (laboratoire Cazenave).

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 19. — 1er *de Doctorat* : MM. Charcot, Damaschino, Terrillon. — 2e *de Doctorat* (N. R., 2e partie) : MM. Béclard, Hayem, Reynier. — 3e *de Doctorat* (N. R , 1re partie) : MM. Guyon, Tarnier, Reclus.

MARDI 20. — 1er *de Doctorat* : MM. Sappey, Duplay, Bouilly. — 5e *de Doctorat* (Charité) 1re *Série* : MM. Le Fort, Jaccoud, Charpentier ; — 2e *Série* : MM. Pajot, G. Sée, Campenon.

MERCREDI 21. — 2e *de Doctorat* (N. R., 2e partie) : MM. Béclard, Joffroy, Ch. Richet. — 3e *de Doctorat* : MM. Regnauld, Baillon, Hanriot. — 5e *de Doctorat* (N. R., 1re partie) : (Hôtel-Dieu) : MM. Verneuil, Guyon, Ribemont-Dessaignes.

JEUDI 22. — 1er *de Doctorat* : MM. G. Sée, Cornil, Humbert. — 2e *de Doctorat* (N. R., 2e partie) : MM. Brouardel, Proust, Raymond. — 4e *de Doctorat*. 1re *Série* : MM. Ball, Peter, Hanot ; — 2e *Série* : MM. Vulpian, Jaccoud, Quinquaud.

VENDREDI 23. — Méd. op. (Epreuve pratique) : MM. Trélat, Guyon, Segond.— 3e *de Doctorat* (N. R., 2e partie) : MM. Charcot, Potain. Straus. — 3e *de Doctorat* (A. R.) : MM. Regnauld, Gautier, Blanchard.

SAMEDI 24. — 2e *de Doctorat* : MM. Peter, Duplay, Hallopeau. — 4e *de Doctorat* : MM. Laboulbène, Proust, Debove.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie A. DELAHAYE et LECROSNIER, Place de l'Ecole-de-Médecine

DEBRAND (L.). — Des rétrécissements du conduit vulvo-vaginal (voies génitales antérieures de la femme). Broch. in-8 de 208 pages. — Prix : 4 fr.

13e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. I. N° 4. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 24 JANVIER 1885.

Le Progrès Médical

CLINIQUE DES MALADIES NERVEUSES

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — **M. CHARCOT.**

Spiritisme et hystérie;

Par **GILLES DE LA TOURETTE**, interne du service.

Il est incontestable que tout ce qui frappe vivement l'esprit, tout ce qui impressionne fortement l'imagination, favorise singulièrement, chez les sujets prédisposés, l'apparition de l'hystérie. Parmi tous ces traumatismes des fonctions cérébrales il n'en est peut-être point de plus efficace, et dont l'action ait été plus souvent signalée, que cette croyance au merveilleux, au surnaturel, qu'entretiennent et qu'exagèrent, soit les pratiques religieuses excessives, soit dans un ordre d'idées connexe, le spiritisme et sa mise en œuvre. Il suffit de rappeler quelques faits demeurés célèbres, tels que, dans les temps anciens, celui de la « *Possédée de Louviers* » (1) dont l'imagination avait été mise en tension constante, avant la possession, par le malin esprit qui *revenait* chaque nuit dans la maison qu'elle habitait ; et, tout récemment, cette épidémie d'hystérie qui sévit sur six enfants de la même famille bretonne, qu'on avait bourrés à satiété de contes fantastiques dans lesquels les sorciers et les revenants jouaient les principaux rôles (2).

Il nous a été donné d'observer une de ces petites épidémies dont les principaux acteurs sont en ce moment en traitement à la Salpêtrière, et qui mérite une description particulière, tant au point de vue de son mode de développement que pour les documents qu'elle apporte à l'étude de l'hystérie chez les enfants et particulièrement chez les jeunes garçons. C'est dans un pénitencier militaire que se sont déroulés les faits qui vont suivre.

Le séjour dans un pénitencier ne doit pas être très agréable : de plus, par suite de l'aménagement que nécessite un tel établissement, les logements mêmes des officiers-directeurs se ressentent forcément de la tristesse et de la sévérité du lieu. Celui qu'habite M. X., lieutenant-adjoint, est situé au troisième, on y accède par un escalier sombre : l'appartement lui-même est peu éclairé, car toutes les fenêtres, qui donnent sur une cour intérieure, vaste il est vrai, sont situées très haut, au-dessus du niveau du sol, étroites, et ne permettent qu'un faible accès à la lumière. M. X... qui habite le pénitencier depuis 3 ans 1/2 est actuellement âgé de 43 ans, il parait assez intelligent, bien qu'il ait parcouru la carrière militaire avec une grande lenteur ; nous insisterons du reste bientôt sur son état mental. Il possède une bonne santé physique habituelle et présente peu d'antécédents pathologiques: néanmoins, à l'âge de 13 ans, il constata une affection fébrile au début, et à la suite de laquelle il eut le *délire pendant* 6 *mois*.

(1) *Procès-verbal fait pour délivrer une fille possédée par le malin esprit à Louviers* (1591). Bureaux du *Progrès médical* ; *Bibliothèque diabolique*, 1883.

(2) *Les possédés de Plédran*, par le Dr *Baratoux*, in *Progrès Médical*, n° 28, 1881, p. 550.

Madame X..., âgée de 36 ans et mariée depuis 1879, est une nerveuse ; elle est impatiente, vive, très émotive : jamais cependant elle n'a eu d'attaques convulsives. Il n'en était pas ainsi de sa mère, morte au mois de mars 1884, à l'âge de 72 ans, d'une affection cérébro-spinale, et qui, tous les ans, avait à deux ou trois reprises des attaques d'hystérie nettement caractérisées. Notons encore que son père était un rhumatisant avéré.

M. et Mme X... ont eu quatre enfants: trois sont encore vivants ; le quatrième est mort, probablement d'athrepsie, à l'âge de 2 ans 1/2. L'aînée des trois survivants est une fille, Julie, âgée de 13 ans 1/2. Elle est née avant terme, à 7 mois et demi, et demeura assez longtemps chétive, ayant été élevée au biberon. Depuis trois ans, elle est en pension, comme interne, dans les environs du pénitencier. Dès son bas âge, elle a toujours été fort nerveuse : au couvent, comme chez elle, elle était désobéissante, difficile à vivre, riant et pleurant pour un rien. En 1883, elle a été réglée pour la première fois : ces premières menstrues, qui étaient accompagnées de violentes coliques n'ont pas reparu. Tous les ans, elle vient passer ses vacances au pénitencier, chez ses parents: ajoutons qu'elle n'a jamais été témoin d'une crise convulsive.

Le plus jeune des garçons, François, âgé de 11 ans, est pâle et anémique comme sa sœur : à l'âge de 14 mois il eut des convulsions, et, dès l'âge de 2 ans, il souffrit de douleurs rhumatismales dans les articulations des membres inférieurs, genoux et pieds. Ces douleurs qui, depuis cette époque sont revenues à différentes reprises, sont assez vives pour le tenir au lit. Il est externe dans une pension voisine du pénitencier et revient tous les soirs coucher chez ses parents.

L'aîné des garçons, Jacques, âgé de 12 ans, également anémique, partage l'existence de son frère ; depuis plusieurs années il a des tics variés qui occupent surtout la bouche.

Au mois d'août dernier, la famille tout entière se trouva réunie à l'occasion des vacances : le père et la mère vaquant à leurs occupations habituelles, les enfants jouant entre eux, dans la cour du pénitencier, presque toujours seuls, car les autres ménages d'officiers n'ont qu'un enfant âgé de 4 ans seulement. La vie dans l'intérieur d'une maison de détention doit être, avons nous dit, fort monotone : en dehors des occupations ordinaires il n'y a guère de distractions. Aussi, pour faire diversité à cette monotonie, les femmes des officiers principalement, suivaient-elles déjà depuis plus d'une année, et avec grand intérêt, les séances de spiritisme que l'amie de l'une d'elles venait présider tous les deux jours. Cette distraction était même très goûtée et le spiritisme comptait là de très fervents adeptes : en particulier M. et Mme X... Cette dernière s'adonnait en outre, en dehors des séances, avec passion à la lecture des livres traitant des sciences occultes, livres qu'elle n'hésitait pas à confier à sa fille. Quand à M. X..., que le spiritisme avait laissé d'abord fort indifférent, depuis le mois de mars 1883, il ne manquait jamais, *tous les vendredis*, de faire tourner la table, celle-ci lui ayant un beau jour et pour un vendredi, promis une *médiumité* à l'aide

de laquelle il pourrait évoquer l'âme de sa mère. C'est ainsi que Julie avait pu déjà assister à une séance de spiritisme pendant les congés de Pâques : elle n'en avait du reste nullement été troublée. Venue en vacances le 19 août, elle avait déjà pris part à plusieurs réunions dans lesquelles elle s'était bornée à appuyer les mains sur la table, lorsque, le vendredi 29, son père essaya à nouveau de savoir si son tour d'être médium n'était pas venu. Il interrogea la table et celle-ci, au lieu de le désigner comme il l'espérait, répondit : *Julie sera médium.* Toute la journée du vendredi fut consacrée à une séance presque ininterrompue. Le lendemain, à 9 heures du matin, on se réunit à nouveau, on évoqua diverses personnes, et vers 3 heures de l'après-midi, la table ayant ordonné à Julie d'écrire, celle-ci saisit un crayon, mais, au même moment, ses bras se raidirent et son regard devint fixe. Le père effrayé lui jeta un verre d'eau à la face : elle revint à elle, et sa mère, pressentant le danger, lui défendit de faire tourner de nouveau la table. Mais ceci ne faisait pas le compte de la voisine, dont l'amie était spirite et qui assistait à la séance en sa compagnie. Désireuse d'interroger l'âme d'un certain personnage, qui, paraît-il, était sœur de la sienne, elle emmena Julie chez elle et la séance recommença. Vers 7 heures, la table frappa, l'esprit se présenta et Julie lui dit : *Veuillez signer votre nom.* Aussitôt, elle-même, en sa qualité de médium, et sous l'inspiration de l'esprit, saisit un crayon en tremblant et signa convulsivement *Paul Denis*, avec un paraphe. L'écriture était, paraît-il, celle d'un homme ; le P et le D présentaient en outre des caractères si bizarres que la fillette ne put jamais depuis cette époque en tracer de semblables. La signature n'était pas plutôt terminée, que la main qui avait signé se convulsa : puis, Julie poussant un rire strident, se leva droite, et comme folle, délirante, se mit à courir par toute la maison en poussant des cris inarticulés ; bientôt après, elle se roulait par terre, présentant une série d'attaques hystériques caractérisées surtout par du clownisme. Le lendemain et les jours suivants, les attaques reparurent très nombreuses, au nombre de 20 à 30 par jour. Les choses durèrent ainsi jusqu'au 15 novembre, Julie continuant à avoir ses crises et n'étant guère améliorée par l'application de divers moyens et en particulier de l'hydrothérapie.

Quelques jours auparavant, François, le plus jeune des garçons, qui, de même que son frère, s'était toujours fort désintéressé des pratiques de spiritisme, avait été pris de douleurs articulaires qui le tenaient encore couché. Tout à coup, le 15 octobre, il se dresse sur son lit, s'écrie qu'il voit des lions, des loups ; puis il se lève, frappe les portes, voit son père mort, veut tuer des brigands imaginaires avec un sabre, se roule par terre, rampe sur le ventre et prend des attitudes passionnelles nettement caractérisées. Deux jours plus tard, Jacques présente une exagération de ses tics de la face, puis, voyant sa mère pleurer, il s'écrie : « Je vais me tuer si tu pleures. » Enfin, surviennent des accès de délire passager pendant lesquels il mâchonne, prononce des paroles incohérentes et voit des brigands, des assassins qu'il veut frapper.

C'est le 9 décembre que le père et la mère désolés, et, devant un traitement resté sans résultats, amènent leurs enfants à la Salpêtrière. L'isolement, tout au moins, devenait de plus en plus nécessaire, car, lorsque l'un d'eux prenait une attaque, les deux autres s'empressaient de suivre son exemple.

Julie, dont nous connaissons les antécédents pathologiques et qui est âgée de treize ans et demi, est grande, fortement constituée pour son âge, très developpée, bien que, comme nous l'avons dit, les règles, qui se sont montrées une fois en 1883, ne se soient pas établies en permanence ; malgré ce que nous a dit la mère, elle paraît avoir un caractère doux et tranquille. Dès les premiers jours de son arrivée, de même que les jours suivants, elle a eu plusieurs attaques qui, d'une façon générale, se sont caractérisées ainsi qu'il suit : tout à coup, quelquefois après une *aura* très courte et très variable, elle se renverse en arrière, les bras écartés du tronc, les mains en pronation, les doigts fortement fléchis. Surviennent alors assez souvent une ou plusieurs esquisses d'arc de cercle surtout unilatéral, et enfin se montre la phase clonique caractérisée par des culbutes en avant et en arrière : la tête se rapproche du bassin, ou, au contraire, les membres supérieurs sont projetés en l'air et gigotent, la tête restant appuyée sur le lit. Pendant l'attaque, Julie pousse quelques grognements, rit, mais ne parle pas. Celle-ci, qui se compose d'une série d'accès analogues à celui que nous venons de décrire, dure toujours assez longtemps : trois quarts d'heure, une heure, une heure et demie même. On peut l'arrêter ou la provoquer à volonté en pressant sur l'un des points hystérogènes que présente la malade. Julie possède en effet des stigmates hystériques permanents ; bien qu'elle n'ait ni anesthésie cutanée, ni ovarie, elle a de nombreuses zones hystérogènes parallèlement situées sur les deux seins, les deux flancs à la partie externe, les deux mollets, les deux malléoles externes et la partie interne de l'articulation du coude droit. L'examen des yeux fait par M. Parinaud donne des résultats caractéristiques : il existe en effet, à droite, un retrécissement très marqué du champ visuel ; de plus, non seulement le cercle du rouge est situé en dehors du cercle du bleu, mais encore il dépasse sensiblement en dehors celui de la lumière blanche. Les mêmes phénomènes existent à gauche, toutefois moins accentués. Les autres sens spéciaux sont intacts.

François, le plus jeune des garçons, âgé de onze ans, présente également des stigmates permanents, en dehors des attaques que nous allons décrire. C'est ainsi que le lendemain de son entrée, on constatait une plaque d'anesthésie comprenant toute la face : cette plaque est du reste variable, car les jours suivants l'insensibilité se bornait à la région médiane du front et du nez. Le reste du tégument externe est notablement hyperesthésié. Tous les sens spéciaux sont affectés : le goût est totalement aboli, l'insensibilité de la langue est complète, le réflexe pharyngien n'existe plus, la muqueuse pituitaire et l'odorat sont dans des conditions analogues, le conduit auditif externe n'est pas sensible, l'ouïe est très obtuse. L'examen du champ visuel est également très démonstratif : le retrécissement est très accentué à gauche, et non seulement le cercle du rouge est en dehors du cercle du bleu mais il dépasse encore celui de la lumière blanche. A droite, le rétrécissement est moins marqué et il n'existe pas de transposition des couleurs. François a tous les jours de 1 à 5 attaques : certaines d'entre elles durent jusqu'à deux heures. Il présente nettement la série des phénomènes du petit et du grand mal hystérique : le premier se trouve constitué par une contracture des deux orbiculaires des yeux qui peut durer de 3 à 5 minutes, sans perte de connaissance : ou encore, l'enfant frappe du poing, du pied, prononce quelques paroles incohérentes, puis, tout est terminé. Mais, le plus souvent, les phénomènes précédents sont

suivis par une série d'accès caractéristiques constituant une attaque. L'enfant raidit alors ses membres supérieurs et inférieurs, ferme les yeux, esquisse l'arc de cercle; puis il se jette à terre, rampe sur le ventre, frappe le sol en criant à l'assassin; il rue et se défend contre des êtres imaginaires. La phase tonique se montre à nouveau, et l'attaque se trouve ainsi constituée par une série d'accès avec enjambement ou prédominance variables des phénomènes les uns sur les autres. Phénomène remarquable, lorsqu'on lui comprime la main gauche les doigts étendus, on arrête l'attaque instantanément : on ne peut du reste pas la provoquer de cette façon. La peau à ce niveau ne présente aucun trouble de sensibilité.

Jacques, âgé de douze ans, pâle et anémique comme son frère et sa sœur, est le moins malade des trois, bien qu'il ait néanmoins une, deux, quelquefois trois ou quatre attaques par jour. Outre qu'il ne présente pas de stigmates permanents, il y a chez lui une forte prédominance du petit mal sur le grand. Nous savons qu'avant d'être atteint il présentait des tics de la face; ce sont ceux-ci qui s'exagèrent surtout au début de l'attaque : il grimace, les commissures labiales sont tirées en dehors, il mâchonne, ferme les yeux, prononce quelques paroles incohérentes et tout peut être fini. Mais, parfois à la suite de ces phénomènes, ou même d'emblée, les yeux se ferment, le corps se raidit, se met en arc de cercle; puis l'enfant court, se promène, parle tout haut, crie au voleur et enfin va se jeter sur son lit où se termine ou bien recommence une série d'accès qui durent rarement plus d'un quart d'heure.

Tel est l'état actuel des malades, tels sont les faits que nous avons observés et qui ont été de la part de M. Charcot l'objet d'une de ses dernières leçons cliniques.

Ils nous ont paru mériter une attention particulière. Ce ne sont pas en effet des symptômes fugaces d'hystérie que présentent ces enfants : Julie est malade depuis quatre mois, et, si l'isolement paraît avoir un peu calmé ses crises ainsi que celles de ses frères, il n'en est pas moins vrai que celles-ci menacent de persister longtemps encore, car on ne peut réunir les trois enfants sans qu'immédiatement tous les trois ne prennent une attaque. La relation complète de cette petite épidémie de maison est en outre fort instructive. Elle nous fait en effet assister à la genèse et à l'évolution de la maladie dans une famille de *nerveux* et d'*arthritiques*, tributaires partant de deux diathèses dont l'alliance est des plus fréquentes et des plus effectives; elle nous fait pressentir les influences exercées par le genre de vie et les conditions d'habitat; enfin, elle nous indique clairement tout le danger, surtout chez les sujets prédisposés, des pratiques superstitieuses, — lesquelles ont malheureusement pour eux un si grand attrait, — de cette tension d'esprit constante dans laquelle sont plongés ceux qui s'adonnent au spiritisme, à la mise en œuvre du merveilleux pour lequel l'esprit des enfants est toujours si largement ouvert.

JARDIN ZOOLOGIQUE D'ACCLIMATATION. — Comme chaque année, le Jardin Zoologique d'Acclimatation s'est procuré des faisans et des perdrix, pour être en mesure de répondre aux demandes des chasseurs qui se préoccupent du repeuplement. Le faisan des bois n'est pas le seul en faveur aujourd'hui, car le versicolore du Japon, et surtout le vénéré de la Chine, prennent place de plus en plus, dans les tirés. Ces splendides oiseaux sont rustiques et se comportent le mieux du monde au bois.

UNIVERSITÉS ETRANGÈRES. — Le Dr V. PFUNGEN est nommé Privat-Docent de pathologie nerveuse à l'université de Vienne.

CLINIQUE MENTALE

Des anomalies, des aberrations et des perversions sexuelles (1);

Par MAGNAN, médecin de l'Asile Saint-Anne.

Si certains névropathes peuvent ainsi être sous le coup d'un orgasme génital involontaire, il en est d'autres chez lesquels la disposition maladive se traduit par une frigidité intempestive qui peut les jeter dans le désespoir et parfois même les pousser au suicide.

J'ai vu avec M. Charcot un jeune homme de Bilbao, appartenant à une famille de névropathes, qui, à certaines périodes, sans fatigue préalable, sans causes physiques ni morales appréciables, se trouvait impuissant à toute approche sexuelle. Cette situation le préoccupait tellement que, renonçant à un mariage projeté, il s'était retiré dans une de ses terres, décidé à en finir. On le surprit assis à son bureau, écrivant ses dernières volontés, un révolver chargé à côté. Un de ses frères, marié et père de six enfants, m'a avoué que de tout temps, il avait été obligé de subir les caprices de ses organes. Les circonstances les plus favorables, l'attrait le plus vif, les désirs les plus ardents restaient parfois lettre morte devant cette impuissance que rien ne justifiait. Mais à l'inverse de son frère, il prend, dit-il, gaiement la chose, il en rit avec sa femme et s'entretient d'un autre sujet en attendant le bon vouloir de ses sens.

Ces deux cas, on le comprend, sont très différents de ceux que nous verrons plus tard et dans lesquels une influence morale arrête l'acte conjugal. Dans les faits de ce premier groupe, tout est médullaire; c'est une perversion fonctionnelle du centre génito-spinal : ce sont les *spinaux*. Remontons maintenant l'axe cérébro-spinal et voyons l'intervention de la couche corticale de la région cérébrale postérieure.

2° *Des spinaux cérébraux postérieurs.* — Dans ce second groupe, le champ d'action s'étend et la région postérieure du cerveau intervient. Placée en arrière de la circonvolution pariétale ascendante, cette région contient les centres sensitifs ou perceptifs, ainsi que tendent à le démontrer des recherches physiologiques récentes et aussi quelques résultats anatomo-pathologiques, particulièrement ceux qui se rattachent à la cécité et à la surdité psychiques. Cette zone des centres corticaux n'est autre que le substratum organique des appétits et des instincts, que le siège de l'automatisme cérébral, toutes les fois que pour des causes diverses, la région antérieure vient à perdre la haute direction fonctionnelle, comme dans le rêve ou dans certains états pathologiques, l'épilepsie par exemple (2). Chez ces malades, l'image suffit à éveiller un besoin purement physique. L'observation suivante nous en fournira un exemple :

Mlle H..., âgée de 45 ans, est entrée à Sainte-Anne, à la suite d'excitation intellectuelle, d'idées de suicide et de violences contre sa mère. Son grand oncle maternel est mort fou; son père, atteint d'alcoolisme chronique, est mort à l'asile de Ville-Evrard; sa sœur est hystérique; quant à elle, elle est venue au monde avec un énorme bec de lièvre qui, à 4 ans, a été opéré avec un demi-succès par M. Bérard. Elle est allée à l'école et a appris assez facilement à lire et à écrire. Réglée à 14 ans, ses époques se montrent régulièrement. Elle a toujours été irritable; à certains moments elle est triste, découragée,

---

(1) Voir *Progrès médical*, n° 3.

(2) Magnan. — *Des hallucinations bilatérales de caractère différent suivant le côté affecté.* Arch. de Neurol., n° 18, novembre 1883, p. 351 et suivantes. Faits cliniques établissant les localisations.

incapable de travailler. Dès sa puberté, elle éprouve une grande satisfaction à se trouver près d'un homme, elle a souvent pensé au mariage, mais sa famille l'en a dissuadée à cause de son infirmité. Ses désirs sexuels deviennent plus impérieux à mesure qu'elle avance en âge et, à 25 ans, elle se laisse aller de temps à autre à des pratiques solitaires. Un peu plus tard, l'excitation génésique augmente, et il lui suffit de voir un homme, jeune ou vieux, élégant ou mal vêtu, peu importe, pour être prise d'un violent orgasme génital ; elle court aussitôt s'enfermer dans sa chambre, tire les rideaux de la fenêtre et se tient blottie dans un coin, anxieuse, haletante, redoutant d'entendre le pas ou la voix d'un homme qui suffiraient à augmenter son malaise.

Elle ne dort pas la nuit, l'appétit est presque nul et elle devient insupportable et même dangereuse pour son entourage. Sur les conseils d'une matrone bien intentionnée, elle a essayé d'une cure *ab homine*, elle s'est livrée pendant un an à un individu pour qui elle n'avait aucune affection, mais dont elle recherchait, dit-elle, les approches comme une médication utile. Ce mode de traitement n'a pas eu de meilleurs résultats que l'onanisme, l'appétit sexuel est resté insatiable : la vue de l'homme la mettait dans un état d'agitation extrême et, finalement, on a dû la faire entrer à Sainte-Anne. Dans l'asile, elle se sent plus forte et peut se maîtriser en présence du personnel du service ; mais, dès qu'un étranger ou qu'un ouvrier quelconque passe dans le jardin, elle détourne la tête et court se cacher pour ne pas le voir. Un séjour de plus de deux ans dans l'établissement, le bromure et les bains ont amélioré son éréthisme génital, mais l'arrivée d'un homme provoque toujours une certaine excitation.

Chez une autre malade, une dame de 33 ans, mère de cinq enfants, fille d'un père affecté de mélancolie suicide, cette disposition maladive a été presque aussi intense. Cette dame, très nerveuse dès son enfance, a essuyé trois attaques de chorée à 13, à 14 et à 20 ans, puis elle a eu des crises d'hystérie; enfin, depuis dix ans, elle éprouve des besoins sexuels tellement impérieux par moments, qu'elle cherche à les satisfaire avec le premier venu. Elle ose déclarer à sa mère et à ses frères qu'il lui faut des hommes et qu'elle voudrait s'emparer de ceux qui passent près d'elle ; ma nature de feu, dit-elle, me pousse à tout et m'a fait commettre bien des fautes. Elle éprouve de temps à autre des coliques utérines et elle est prise ensuite d'un désir violent de copulation. Très attristée de cet état maladif, elle a fait plusieurs tentatives de suicide, mais dans l'intervalle, elle n'en cherche pas moins, dès qu'elle voit un homme, la satisfaction de ses appétits. Placée dans une maison de santé, elle est devenue plus calme, mais elle redoute de sortir.

Les exemples sont nombreux d'imbéciles des deux sexes qui, sans le moindre discernement, sans la moindre lutte intérieure, se livrent à la satisfaction de leurs appétits génitaux et rentrent conséquemment dans ce groupe de dégénérés que nous appelons *spinaux cérébraux postérieurs*. Remontons encore plus haut, et, dans ces anomalies génésiques, voyons l'intervention de la région cérébrale antérieure.

3° *Des spinaux cérébraux antérieurs.* — Dans le troisième groupe, nous allons retrouver le mécanisme physiologique des fonctions sexuelles, mais avec des éléments faussés ou pervertis. A l'état normal, en effet, une idée, un sentiment, un penchant exercent, en dernière analyse, leur action sur la moelle et amènent l'acte physiologique indispensable à la conservation de l'espèce. Telle est la loi générale qui préside à la reproduction chez l'homme. Dans l'état maladif, cette influence supérieure, l'idée, le sentiment, le penchant sont pervertis, mais n'en mettent pas moins en jeu le centre génito-spinal, qui obéit ainsi aux aberrations les plus étranges.

J'ai déjà eu l'occasion, à propos des actes et des impulsions des aliénés, de citer le penchant anormal d'une fille de 29 ans pour un garçon de 2 ans. Cette malade, dont la mère est hystéro-épileptique et dont le père, mélancolique, est mort à la suite d'accidents cérébraux aigus, a présenté successivement plusieurs des syndromes psychopathiques des héréditaires : elle a eu des impulsions au vol, la crainte des épingles, le doute anxieux sur l'accomplissement de certains actes ou l'existence de certaines choses, puis enfin l'anomalie sexuelle dont je vais parler.

Depuis huit ans, elle éprouve un besoin irrésistible de cohabitation avec un de ses neveux. Elle a cinq neveux dont l'aîné est âgé de 13 ans. C'est lui qui a été l'objet de ses premiers désirs ; sa vue la mettait dans un état d'excitation extrême, elle éprouvait des sensations voluptueuses qu'elle était impuissante à réprimer, qui s'accompagnaient de soupirs, d'inclinaisons de tête, de déviation des yeux, de rougeur de la face, quelquefois de spasme et de sécrétions vaginales ; elle se sentait poussée à le saisir et à l'approcher d'elle. Plus tard, quand il a grandi et à la naissance du second frère, c'est ce dernier qui est devenu l'objet de ses convoitises maladives, puis enfin le troisième, le quatrième et actuellement, c'est le dernier venu, âgé de trois ans, dont son esprit est préoccupé. Elle se sent poussée à l'attirer près d'elle.

Cette malade est très lucide, elle est désolée et honteuse de ces singuliers désirs; elle est tranquille, travaille et s'occupe toute la journée ; elle sort de temps à autre et va dans sa famille pour essayer en quelque sorte ses forces ; mais encore la vue de son neveu l'impressionne vivement ; à table, dans sa famille, elle se place loin de lui ; mais pendant toute la durée du repas, elle éprouve des spasmes, du malaise à l'estomac, une constriction à la gorge, et la lutte lui devient des plus pénibles (1). Elle n'a jamais cédé à cette perversion instinctive ; ses désirs, sans qu'elle puisse se l'expliquer, n'ont jamais eu pour objet que ses neveux, et elle peut avec indifférence, voir d'autres petits garçons ; toutefois, elle évite leur contact.

Il y a donc là un choix de l'être aimé, un penchant dont la vivacité ne trouve d'analogue que dans le paroxysme de la passion. Mais le point de départ admis, que l'enfant de 2 ans soit un amant de 25 ans, le phénomène s'accomplit comme dans l'état normal, mettant en jeu l'axe cérébro-spinal dans son entier. Nous sommes ainsi bien éloignés des deux groupes précédents, les spinaux (réflexe simple), les spinaux cérébraux postérieurs (acte instinctif).

Une autre malade de 32 ans, mère de deux enfants, entrée dans mon service le 10 octobre 1883, à la suite d'un rapport motivé de M. Blanche, est éperdument amoureuse d'un jeune écolier de 13 ans. Comme tous les dégénérés dont il est ici question, elle puise dans l'hérédité ses tendances maladives : le grand-père paternel, dissipateur, débauché, avait cherché à se remarier du vivant de sa femme; le père, ivrogne, brutal et paresseux, a fait le désespoir de son entourage ; une de ses sœurs, fantasque, dissipée, s'est enfuie avec un amant; un frère mène une conduite déréglée et n'a jamais pu se livrer à un travail suivi. Quant à elle, d'une intelligence au-dessous de la moyenne, elle a appris difficilement à lire et à écrire. Douce, docile, laborieuse dans sa jeunesse, elle a épousé à 20 ans un homme âgé de 40 ans, très jaloux, et qu'elle a dû quitter avec ses deux filles pour se mettre à l'abri de ses mauvais traitements.

Elle vivait depuis quelques mois chez sa mère, lorsqu'elle est devenue triste, rêveuse, distraite, indifférente pour ses enfants, sortant tous les jours, faisant un très long trajet pour se rendre chez des amis de la famille aux heures où elle pouvait voir le fils de la maison revenir de l'école. Elle caressait ce garçon, l'embrassait, jouait avec lui, et ses deux filles, dont l'aînée n'a pas moins de onze ans, sans que, tout d'abord, elle ait attiré l'attention des parents. Elle disait, parfois, qu'elle

(1) Magnan. — *Etude clinique sur les impulsions et les actes des aliénés*. Leçon faite à l'asile Sainte-Anne, le 23 janvier 1881. (*Tribune médicale*, mars 1881.)

était amoureuse d'Ollivier, c'est le nom du garçon, qu'elle voudrait être sa femme, mais on riait de ces réflexions extravagantes. Un jour, cependant, elle prend à part la mère pour l'entretenir d'une affaire sérieuse. Elle s'aperçoit, dit-elle, qu'Ollivier pâlit, qu'il paraît malheureux et que sa santé s'altère : sur les dénégations de la mère qui trouve son fils bien portant, elle ajoute qu'elle sait ce qu'il a et demande la permission de cohabiter avec lui pour lui rendre la santé.

Econduite après une telle proposition, elle est prévenue qu'on ne la recevra plus à la maison. De retour chez elle, elle parle de son malheur, de son amour pour Ollivier ; elle se lamente et raconte naïvement à sa mère et à sa sœur ce qui vient de se passer. Elle cesse de travailler et malgré les remontrances de ses parents, elle stationne chaque jour devant la maison du jeune écolier ; elle cherche même à y pénétrer, mais le concierge la repousse, et, un jour, voulant franchir la porte de vive force, elle est battue par celui-ci et reçoit un soufflet d'Ollivier lui-même ; elle se jette à terre, pousse des cris déchirants en proie à un violent désespoir. Ce scandale décide la famille à la placer à Sainte-Anne. Depuis son entrée, malgré sa mésaventure, les invectives de la famille et de celle d'Ollivier, les brutalités de celui-ci, elle ne peut s'empêcher, dit-elle, d'aimer ce garçon ; elle est tout heureuse et son visage s'épanouit dès qu'elle entend prononcer son nom. Elle demande constamment de ses nouvelles et elle soupire après le jour où elle pourra le retrouver.

A côté de ces amours étranges, il en est d'autres que l'on pourrait considérer tout d'abord comme le résultat du vice, mais qui ne sont en réalité que la conséquence de la maladie. Telles sont certaines amours illégitimes dans lesqueles les héros, dans la sérénité de leur inconscience, se découvrent eux-mêmes à l'époux offensé.

Une jeune dame, mère de trois enfants, intelligente, instruite, mais fille d'aliéné, après un passé de moralité et de bonne conduite, déclare un jour à son mari, sans honte pour elle, sans pitié pour lui, qu'elle éprouve un *besoin de l'âme*, qu'elle aime un jeune homme de 24 ans, et qu'elle se tuera si on met obstacle à leur intimité. Elle ne demande, dit-elle, que six mois pour donner satisfaction à son ardente passion, s'engageant à revenir ensuite au foyer conjugal. Elle raconte avec exaltation que ses trois enfants, que son mari ne sont rien à côté de son amant. Le mari bien avisé, loin de provoquer du scandale, ne formule aucun reproche, mais l'emmène loin du pays pour la faire soigner.

Une autre dame, histérique, ovarienne gauche, mariée depuis une dizaine d'années, vivant en bonne harmonie avec son mari, s'éprend d'un violent amour que rien ne justifie pour un charretier que le commerce du mari avait attiré à la maison. Elle pense à cet homme nuit et jour ; dès qu'elle entend le bruit d'une charrette, elle s'empresse de courir à la fenêtre ; d'autres fois, elle stationne dans la rue ; elle ne craint pas d'aller chez cet individu qui, d'abord réservé, finit par céder à ses instances. Elle reconnait que sous tous les rapports, son mari est supérieur à son amant, mais elle ne peut s'expliquer ce qui se passe en elle, elle ne pense qu'à lui, elle pleure, se désole et fait deux tentatives de suicide que l'intervention subite du mari parvient à empêcher. Elle raconte à celui-ci tout ce qu'elle éprouve, elle lui déclare qu'il n'y a qu'un remède à son mal et le supplie d'envoyer chercher le charretier. Le mari très perplexe, un peu faible, cède à ce désir ; mais la présence de cet homme n'amenant pas le calme, on se décide à demander conseil au médecin.

Le penchant peut, dans quelques circonstances, se rattacher à une profonde anomalie et avoir pour objectif le même sexe. C'est ce que M. Westphal appelle *sens sexuel contraire* et ce qu'avec M. Charcot nous avons désigné du nom d'*inversion du sens génital* (1). L'instint sexuel, dans ces cas, est entièrement dévié de la ligne normale; la perversion est purement psychopathique, car avant même qu'une éducation vicieuse, que des habitudes dépravées aient pu pervertir ces sujets, dès la plus tendre enfance, dès l'âge de cinq ans quelquefois, ils se surprennent avoir des sentiments qu'ils ne comprennent pas, l'homme est porté vers l'homme, la femme vers la femme. Je rappellerai d'abord quelques passages de l'observation d'un psychopathe intelligent, instruit, érudit, d'un professeur de Faculté qui rend compte avec la plus grande sincérité, des phénomènes étranges qu'il éprouve.

Ma sensualité, dit-il, s'est manifestée depuis l'âge de six ans par un violent désir de voir des garçons de mon âge ou des hommes nus. Il raconte ensuite qu'à huit ans ayant vu un militaire se masturber, il en a contracté l'habitude... Il poursuit plus loin : « Je cessai absolument la masturbation à l'âge de vingt ans ; mais je ne suis jamais parvenu, malgré tous mes efforts, à arrêter les excitations de mon imagination ; les hommes jeunes, beaux et forts provoquent toujours chez moi une vive émotion ; une belle statue d'homme nu produit le même effet ; l'Apollon du Belvédère me fait beaucoup d'impression. Quand je rencontre un homme dont la jeunesse et la beauté provoquent ma passion, je suis tenté de lui plaire ; si je donnais libre carrière à mes sentiments, je lui ferais toutes les amabilités possibles, je l'inviterais chez moi, je lui écrirais sur du papier parfumé, je lui porterais des fleurs, je lui ferais des cadeaux, je me priverais de bien des choses pour lui être agréable. Jamais je ne me laisse aller à tout cela, mais je sens très bien que je serais capable de le faire ; je dois vaincre le désir que j'éprouve d'agir ainsi. Je sais dominer les envies dont je viens de parler, mais je ne parviens pas à dominer l'amour lui-même ; cet amour, heureusement, ne me possède pas d'une manière continue ; je travaille et mes études me sont d'un grand secours contre les pensées sensuelles, mais souvent la sensualité l'emporte sur le travail et je suis arrêté au milieu de l'examen très approfondi d'une question, par la représentation soudaine d'un homme nu dans mon imagination. La suprême satisfaction de cette sensualité n'a jamais été que la vue de l'homme nu, surtout de la verge de l'homme; je n'ai jamais ressenti le désir de pénétrer dans l'homme ou d'être l'objet d'un homme. Regarder les parties génitales d'un homme beau et fort telle a toujours été la volupté la plus grande pour moi. Il m'est arrivé plus d'une fois d'avoir l'érection, la convulsion amoureuse et la perte de sperme à la seule vue du membre viril d'un homme. La nuit, mon imagination travaillait et amenait les mêmes résultats.

Quant aux femmes, si belles qu'elles soient, elles n'ont jamais fait naître en moi le moindre désir. J'ai essayé d'en aimer une, espérant ainsi revenir à des idées naturelles ; malgré sa beauté, ses efforts, etc., je suis resté complètement froid et l'érection, si facile chez moi à la vue de l'homme, n'a pas même commencé. Jamais une femme n'a provoqué en moi la plus petite sensualité.

J'adore la toilette féminine ; j'aime à voir une femme bien habillée, parce que je me dis que je voudrais être femme pour m'habiller ainsi. A l'âge de 17 ans, je m'habillais en femme au carnaval et j'avais un plaisir incroyable à traîner mes jupes dans les chambres, à mettre de faux cheveux et à me décolleter. Jusqu'à l'âge de 22 ans, j'ai eu le plus grand plaisir à habiller une poupée; j'y trouverais encore du plaisir aujourd'hui. Les dames s'étonnent de me voir si bien juger du plus ou moins de bon goût de leurs toilettes et de m'entendre parler de ces choses, comme si j'étais femme moi-même. »

Les antécédents et d'autres syndromes épisodiques, en dehors de l'inversion du sens génital, rangent ce ma-

(1) Westphal. — *Die conträre Sexualempfindung* (*Arch. f. Psych.* II, p. 73 à 108, 1870). — *Zur conträre Sexualempfindung* (*Arch. f. Psych.* Bd. VI, p. 620, 1876). — Gock. *Beitrag zur Kenntniss der conträre Sexualempfindung* (*Arch. f. Psych.* Bd. V., p. 564 à 574, 1876). — Charcot et Magnan. *Inversion du sens génital* (*Arch. de Neurol.*, nos 7 et 12, 1882). — E. Gley. *Des aberrations de l'instinct sexuel* (*Revue philosoph.*, n° 1, p. 66, janvier 1884.)

lade dans la classe des héréditaires. Un second *sexuel inverti* que j'ai vu récemment offrait beaucoup d'analogie avec le précédent. C'était un ingénieur de 37 ans, assez intelligent, mais d'un esprit moins délicat et moins cultivé que le précédent. Une disproportion d'âge existait entre le père qui s'est marié à 51 ans et la mère qui n'avait que 18 ans; une tante maternelle était morte folle.

Dès l'âge de 5 ans, il avait une érection dès qu'il entendait fouetter ses camarades et l'orgasme génital augmentait s'il apercevait les fesses des enfants exposées aux sévices du maître; c'est ainsi, à ce qu'il paraît, qu'on punissait dans son pays l'indocilité des écoliers. Deux ans après, il s'est livré à l'onanisme et le souvenir des coups de fouets appliqués sur les fesses provoquait une suprême volupté. A 16 ans, ayant l'occasion fréquente de se trouver en compagnie de jeunes filles, il restait froid et indifférent; il était, au contraire, souvent ému et vivement excité auprès des garçons. De 17 à 26 ans, malgré les manœuvres complaisantes de quelques femmes, il a été incapable de toute cohabitation. Par contre, la vue des nudités de l'homme et particulièrement la vue de la région fessière provoquait chez lui une grande excitation. Devenu, dit-il, amoureux d'un garçon de son âge, il l'a poursuivi de ses assiduités et a fini par le posséder. Ils se livraient ensemble à des attouchements réciproques suivis d'introduction digitale à l'anus ou bien de pédérastie.

A 30 ans, vivement préoccupé de son éréthisme contre nature et de sa frigidité dans les relations normales, il s'est soumis sur le conseil d'un médecin, à un long traitement par l'application des courants continus à la moelle. Ce traitement local, qui négligeait la cause première, n'a modifié en rien la perversion sexuelle. Agé actuellement de 37 ans, il vient de se marier. Il est resté impuissant à côté de sa jeune femme, et quoiqu'il l'ait prévenue, dit-il, avant le mariage, de l'éventualité d'un pareil résultat, cette situation l'inquiète, le tourmente, et le porte aux idées les plus noires.

Comme la plupart de nos malades, celui-ci, en dehors de l'anomalie dont il est question, a présenté d'autres troubles nerveux. Il est très impressionnable et il est certains bruits qui l'affectent vivement: il devient, dit-il, chair de poule et il prend la fuite en entendant frotter un crayon sur une ardoise ou contre un mur; l'approche seule du crayon près de la muraille le fait pâlir. En outre, à plusieurs reprises, depuis une quinzaine d'années, il a éprouvé des périodes de dépression avec tendances au suicide et parfois aussi des phases d'excitation avec idées de satisfaction, mais sans alternance régulière entre ces deux états. La complexité des troubles cérébraux dénote une fois de plus combien est profondément lésé le sol sur lequel se développent ces singulières anomalies. Dans les deux sexes, les phénomènes sont les mêmes et se déroulent de la même manière. Chez les deux filles dont parlent Westphal et Gock, on voit l'inclination pour les filles se développer de très bonne heure. Elles aiment également, dès les premières années, les jeux des garçons, elles désirent s'habiller en garçon, elles auraient voulu être homme. Les regards de certaines filles les impressionnent vivement; elles leur font la cour, rougissent auprès d'elles, éprouvent une vive passion et aussi un sentiment de jalousie si l'amie choisie prête attention à une autre personne. Les caresses provoquent chez elles une grande excitation qui s'accompagne de spasmes, de sécrétion des parties génitales. Toutes deux ont des rêves voluptueux rappelant les jeunes filles aimées. Quand les désirs ne peuvent pas être satisfaits, quand il survient des résistances ou des obstacles, elles entrent dans de véritables accès de fureur, et toutes deux sont portées au suicide. Les hommes n'ont aucun attrait pour elles. Le niveau intellectuel était peu élevé chez les deux; elles apprenaient difficilement à l'école, et plus tard elles étaient chargées d'emplois subalternes. *(A suivre.)*

CLINIQUE CHIRURGICALE

HOPITAL DE LA MISERICORDIA. — **M. SABOIA.**
(de Rio de Janeiro)

Un cas de gangrène avec chute complète du scrotum;

Par le Dr **A. de Castro JOBIM.**

Le nommé X..., ouvrier de la baie de Rio-de-Janeiro entre à l'hôpital de la Misericordia (service du professeur SABOIA), le 18 janvier 1883.

Agé de 40 ans, portugais, pas d'antécédents, cet homme était porteur de deux bubons qu'on lui avait percés en ville, et malgré la suppuration il se livrait à son travail du port qui consistait à charger et décharger les bateaux.

La veille de son entrée à l'hôpital, le 18 janvier 1883, après avoir beaucoup travaillé à soulever de grands poids il s'est senti fatigué et a dû encore marcher beaucoup à pied pour arriver jusque chez lui. Le soir il a été pris d'un grand frisson avec soif, et de très fortes douleurs dans les testicules et dans la verge, et le lendemain il s'est aperçu qu'il avait les bourses très enflées ainsi que la verge, et qu'il ne pouvait plus décalotter. Effrayé de son état et se sentant très malade, il s'est fait conduire à l'hôpital. En l'examinant le matin, on constatait un œdème énorme des bourses avec rougeur intense et des douleurs très vives. C'est à peine si l'on pouvait lui toucher les bourses, la verge était en massue, en vrai bâton de cloche, impossible de découvrir le gland pour savoir ce qu'il y avait en dessous, phimosis complet. — Etat général des plus graves; langue très *sèche, cassée, râpeuse, collante*, soif ardente, yeux enfoncés dans l'orbite, grande agitation. T. 40°8, dyspnée. Impossible de lui toucher les testicules ou la verge. Le scrotum présente deux points livides un peu noirs que le professeur Saboia fait observer aux élèves.

19 *janvier*. — Le malade a passé une très mauvaise nuit, il a eu du délire T. 40°5, presque tout le scrotum est envahi par la gangrène. Le professeur Saboia fait deux larges incisions de 4 centimètres environ de longeur, sur 3 de profondeur de chaque côté du scrotum, et une troisième aussi très large, à la partie antérieure. Il fait ensuite recouvrir le tout avec de la poudre de quiquina et du charbon.

Le 20, la température est encore de 38°,8.

Le 22. — Le malade se plaint encore beaucoup de douleurs dans les testicules, les parties mortifiées commencent à tomber par morceaux avec une odeur infecte. Le gonflement de la verge n'a pas beaucoup diminué, l'état général est encore mauvais. T. 38°,5.

Du 20 au 24, la température oscille entre 38° et 39° et le scrotum continue à tomber, l'élimination est presque générale, il se forme un abcès au perinée et un autre sous le prépuce. L'état général n'est pas encore satisfaisant, le malade qui était très gros et très fort présente l'aspect d'un ph.

26 Janvier. — Chute complète du scrotum, il ne reste au malade comme bourse qu'un petit bourrelet d'à peu près trois centimètres de circonférence, les testicules sont complètement à découvert et très volumineux. Le prépuce recouvre encore le gland et présente quatre perforations. T. 37° pansement de Lister.

Depuis, le malade va de mieux en mieux, son état général s'améliore, il reprend ses forces et il sort le 15 mars complètement guéri, les testicules sont tout à fait recouverts par un nouveau scrotum.

RÉFLEXIONS.—Cette observation nous a paru intéressante, parce que ces cas de gangrène du scrotum, qui sont excessivement rares à Paris, et dont on ne connait

que très peu de cas dans la science, s'observent à ce qu'il paraît, assez fréquemment à l'hôpital de la Miséricordia de Rio-de-Janeiro, puisque c'était le cinquième cas, dont un suivi de mort, que l'on observait depuis le commencement de l'année. Maintenant nous devons nous demander si ces gangrènes infectieuses ne sont pas propres à certains pays chauds, comme le Brésil, et si elles ne reconnaissent pas pour cause certains produits qui nous sont inconnus ?

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Les éternuments névropathiques

L'éternument consiste dans la succession rapide des deux temps de la respiration qui s'effectuent brusquement à la manière d'une convulsion : l'inspiration est profonde, et il en est de même de l'expiration qui est en même temps plus ou moins sonore. Cette convulsion respiratoire est en général déterminée par une irritation locale provoquée par un corps étranger, soit par une inflammation de la muqueuse pituitaire. Dans un certain nombre de cas, l'éternument est d'origine réflexe ; c'est ainsi qu'on le voit quelquefois à la suite d'irritations à distance, portant par exemple sur les membranes de l'œil ; d'autres fois, il est sous la dépendance de l'helminthiasis. Peut-être peut-on attribuer au même mécanisme la production des éternuments répétés par accès, que Peter Young (1) a observés dans deux grossesses successives chez la même femme, et qui a été vu encore, dans un autre cas, par Romberg.

Il peut être dû à une lésion matérielle du trijumeau : Romberg cite une femme qui eut des accès d'éternument pendant 4 ans à la suite d'une chute sur la tête ; on trouva à l'autopsie une altération du névrilemme de la 3e branche de la 5e paire.

Dans un certain nombre de cas, l'éternument ne reconnaît pour cause aucune irritation périphérique locale ou à distance ; il est alors sous la dépendance d'un état constitutionnel névropathique. C'est ainsi que Brodie (2 rapporte l'histoire d'une jeune dame qui était sujette à des attaques d'éternument suivies de flux nasal, et alternant soit avec d'autres crises de toux nerveuse, soit encore avec des accès de suffocation dus au *globus hystericus*, ou d'autres convulsions.

Cette convulsion respiratoire, qui est une des manifestations spasmodiques des plus rares, peut se rencontrer aussi bien dans le sexe masculin que dans le sexe féminin : Romberg cite un garçon de 13 ans qui avait des éternuments par accès, alternant avec des accès de toux (3), et un autre jeune homme qui éternuait toutes les fois qu'il avait une pensée érotique. En général, ces sternutations convulsives surviennent par accès plus ou moins répétés, s'accompagnent d'une certaine sécrétion qui, dans quelques cas est remarquablement abondante ; et elles sont précédées d'une sensation de chatouillement; mais ces phénomènes associés peuvent manquer.

Dans une de ses dernières leçons cliniques, M. Charcot a montré une jeune fille affectée d'éternuments survenant par accès et dont l'histoire mérite d'appeler l'attention (1) :

Il s'agit d'une jeune fille de 16 ans qui a, par sa mère, une hérédité névropathique bien caractérisée ; elle-même présente des traces de scrofules. Le début de sa maladie remonte au mois de janvier 1884 ; elle consiste en crises nerveuses avec toux, rire et éternument convulsifs, qui se sont présentées, dès l'origine, telles qu'elles sont encore aujourd'hui. Il faut dire tout de suite que cette jeune fille présente un certain nombre de stigmates permanents de l'hystérie ; il existe chez elle une hémianesthésie sensitivo-sensorielle gauche avec perte du sens musculaire, diminution des réflexes tendineux et de la force dynamométrique, et en outre, des points hystérogènes au niveau du sein droit et de la région ovarienne gauche. Ces caractères nous permettent de reconnaître immédiatement la nature des manifestations convulsives qui se présentent sous forme de crises précédées d'une *aura*, consistant en une sensation plus ou moins nette partie de la région de l'ovaire gauche, et remontant vers le gosier ; quelquefois la malade baille au début de la crise. L'attaque proprement dite présente quelques variétés dans la succession des manifestations convulsives : 1° tantôt elle débute par un accès de rire convulsif suivi de l'attitude en *arc de cercle*, puis d'éternument, puis de rire ; 2° tantôt c'est l'arc de cercle qui commence, puis vient l'éternument ; 3° tantôt enfin, on observe tout d'abord un accès de toux spasmodique, suivi d'arc de cercle et d'éternument. Cet éternument est très rapide, on en compte 32, 37, 40 par minute. Du 21 octobre au 12 novembre, il y a eu 16.195 éternuments par accès. Dans un fait de Mosler, on avait compté jusqu'à 50.000 éternuments en 3 jours.

Dans ce cas de M. Charcot, l'éternument, qui offre d'ailleurs ce point à noter, le distinguant des autres faits analogues, qu'il n'est suivi d'aucune sécrétion, ne peut être considéré que comme un épiphénomène d'attaques, que leur forme particulière permet de rattacher à l'hystérie : nous y retrouvons en effet l'arc de cercle si caractérisque des manifestations convulsives de la grande névrose, trahie d'ailleurs par les stigmates permanents que nous avons énumérés plus haut.

Un certain nombre d'autres cas du même genre que nous n'avons fait que citer ont aussi trait à des sujets manifestement hystériques. Cette circonstance nous permet de comprendre comment l'éternument, de même que beaucoup d'autres manifestations hystériques, a pu être observé à l'état épidémique. Et il convient d'ajouter que cette convulsion respiratoire peut n'être pas toujours d'un pronostic bénin, si on en croit Sauvages (2), on a pu la voir « si violente qu'elle faisait souvent mourir, d'où est venue la coutume de saluer ceux qui éternuent. »

Ch. Féré.

(1) Hundfield Jones. — *Studies on functional nervous disorders*, London 1870, p. 644.

(2) Brodie. — *Lectures illustrating of certain local nervous affections*, London 1837. p. 61. Trad. française in *Progrès médical*. 1879.

(3) Romberg. — *Leherbuch der Nervenkrankheit. der Menschen*. Bd. II. p. 88. Berlin 1851, et trad. anglaise 1853. T. I, p. 347.

(1) L'observation a été donnée en détail par M. Souza Leite dans le n° 85 des *Archives de neurologie*.

(2) Sauvages. — *Nosologie méthodique*, 1771. T. II, p. 51.

Ouverture du cours de M. le Dr Tillaux

M. le Dr Tillaux, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, a inauguré lundi dernier ses leçons de clinique chirurgicale, au milieu d'une nombreuse et sympathique assistance, où l'on remarquait plusieurs chirurgiens du Bureau Central.

Cette première leçon a été le programme d'enseignement et la profession de foi du maître, à propos de la doctrine antiseptique qui a fait réaliser de si grands progrès à la chirurgie contemporaine.

M. Tillaux ne se bornera pas à l'étude d'un malade, il généralisera le sujet et rappellera les principaux traits de l'affection avec les indications et les règles opératoires. Il pense que la clinique et la pathologie doivent se prêter un mutuel appui, qu'il est impossible de comprendre l'une sans l'autre, et il ne peut s'empêcher de regretter la funeste influence que les nouveaux règlements universitaires auront sur la jeune génération médicale, en écartant les étudiants de l'hôpital pendant les deux premières années.

Mais quelle est la méthode à suivre pour examiner un malade et arriver au diagnostic? Les uns font le diagnostic d'emblée, comme par intuition, c'est affaire de simple coup d'œil. Cette manière de procéder est sans doute brillante, mais dangereuse ; il en résulte, de la part d'hommes de haute valeur, des erreurs restées célèbres. On doit procéder d'une manière plus logique plus scientifique, déduire la nature de la maladie de l'étude approfondie de chaque symptôme. Le diagnostic ne doit être qu'une conclusion raisonnée.

Nous arrivons ici à la partie la plus intéressante de cette leçon : *Dans quelles conditions se trouve aujourd'hui la pratique chirurgicale ?*

Deux grandes découvertes feront l'honneur de la chirurgie du XIXe siècle : celles de l'anesthésie et de l'antiseptie. M. Tillaux retrace à grands traits l'histoire de l'anesthésie chirurgicale. A propos de la méthode de Lister, il rappelle les noms de deux précurseurs français, Maisonneuve et Alph. Guérin. Ils croyaient à l'action de germes morbides, dont l'existence a été démontrée par Pasteur et son école.

En sorte qu'aujourd'hui la pratique chirurgicale est singulièrement étendue. La douleur est supprimée, les complications opératoires, si meurtrières il y a quelques années, sont écartées, les malades guérissent. Honneur donc aux hommes dont le nom reste attaché à ces grandes découvertes!

D'unanimes applaudissements ont salué la fin de cette leçon et montré à l'éminent chirurgien que son nouvel enseignement serait compris et suivi par les élèves.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 24 novembre 1884.

MM. Nicati et Rietsch étudient les rapports existant entre le choléra et la cholémie. Ils se fondent : 1° sur des faits anatomiques établissant la constance d'une stagnation dans le cours de la bile ; 2° sur des faits physiologiques, tels que l'empoisonnement par les sels biliaires et la ligature du canal cholédoque ; 3° sur des faits cliniques établissant une analogie entre le choléra et l'ictère grave.

M. Nicati réserve cependant la question de savoir si les sels biliaires se trouvent à la dose toxique dans le sang des cholériques.

M. Colin (d'Alfort) a déterminé l'efficacité des agents désinfectants dans le choléra des oiseaux de basse-cour. Le sulfate de cuivre et le chlorure de zinc, en solution au 1/20 et en poids égal à celui des matières à désinfecter. sont très supérieurs aux autres. Mais il importe qu'il y ait mélange intime et long contact de ces sels avec la substance à désinfecter.

M. L. Carillon montre que le microbe virgule et le microbe en accent circonflexe ne sont que des stades différents de l'évolution d'un même organisme. Le bacille, dépourvu de spores, est tué par la dessication ; les spores résistent à la dessication.

M. Vulpian a expérimenté le chlorhydrate de cocaïne sur un certain nombre d'animaux très différents. L'injection chez l'écrevisse a aboli les mouvements spontanés, sans détruire absolument la sensibilité, comme on le voit, chez les vertébrés. Chez la grenouille, à laquelle on a coupé transversalement la moelle, l'acide acétique ou le pincement ne produisent plus de mouvements réflexes après l'intervention de la cocaïne.

M. Germain Sée reconnaît la nature parasitaire de la pneumonie. Cette maladie peut être reproduite chez les animaux à la suite d'inoculation, tandis que les agents irritants physiques ou chimiques introduits dans les poumons ne peuvent produire qu'une inflammation locale.

La marche de la pneumonie infectieuse est bénigne et nettement définie. Sa durée est comprise dans les limites fixes de six à neuf jours. Il suffira donc d'aider le malade à atteindre sans accidents le terme cette évolution, en agissant par l'expectation nourrie.

Il importe de distinguer la pneumonie parasitaire de la bronchite capillaire et de la broncho-pneumonie, maladies dans lesquelles le microphyte ne joue qu'un rôle secondaire.

MM. Nicati et Rietsch déclarent que l'odeur des cultures de baciles en virgule est éthérée et rappelle celle des matières intestinales des cholériques au début. L'injection de ces cultures a été tantôt inoffensive, tantôt suivie d'accidents graves.

M. Dujardin-Beaumetz communique les résultats de ses recherches de statistique médicale sur l'épidémie de choléra à Paris. P. R.

Séance du 1er décembre 1884.

M. Bochefontaine adresse une réclamation de priorité à propos d'expériences sur la diffusion des courants électriques chez les animaux.

M. Grasset étudie l'action anesthésique du chlorhydrate de cocaïne principalement sur la peau. Dans une expérience de thyrotomie, la sensibilité ne s'est manifestée qu'au moment de la section du cartilage thyroïde.

M. Chairy a observé les conditions dans lesquelles la vie devient impossible pour les bactéries du genre *tyrothrix*. La masse des bactéries a une influence marquée, sans doute à cause de la transformation du liquide de culture sous l'action de la vie. Les corps étrangers agissent d'autant plus qu'ils sont plus acides pour empêcher l'existence de ces êtres.

M. Kellner indique diverses substances chimiques capables d'arrêter le développement des micro-organismes du choléra.

M. Rivière communique les résultats de ses recherches de statistique médicale sur la dernière épidémie de choléra à Paris.

M. Neveux d'Aiguebelle adresse deux mémoires sur l'utilisation des eaux d'égout et l'assainissement de Paris.

M. Dumont donne les détails de son projet de canal d'assainissement de Paris à la mer. Le point de départ de ce canal serait dans un réservoir couvert, au-dessous d'Herblay, sur la rive droite de la Seine. P. R.

Séance du 8 décembre 1884.

M. BOCHEFONTAINE rappelle des expériences faites en 1878 sur la diffusion des courants électriques dans les tissus animaux. Il résulte de ses recherches qu'il est imprudent de fonder sur une expérimentation de ce genre la constatation de la mort réelle ou de la mort apparente.

M. GOSSELIN a montré l'an passé que plusieurs agents antiseptiques (phénols et alcools) mis en contact avec la membrane interdigitale des grenouilles, y arrêtaient la circulation en coagulant le sang dans l'intérieur des capillaires.

M. Gosselin considère dans les antiseptiques l'action germicide, l'action coagulante extra-vasculaire, l'action coagulante intra-vasculaire. Il croit que la supériorité de l'acide phénique tient à ce qu'il est à la fois germicide et coagulant, qu'il peut ainsi rendre imputrescents les liquides épanchés et diminuer l'intensité de l'inflammation en oblitérant un certain nombre de capillaires.

M. AUG. CHARPENTIER étudie l'inertie de l'appareil rétinien et ses variations suivant la couleur excitatrice.

M. MORICOURT adresse une note sur l'immunité dont ont joui les ouvriers en cuivre pendant l'épidémie cholérique de 1884. P. R.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 17 janvier 1885. — PRÉSIDENCE DE M. P. BERT.

M. GAVOY présente un instrument qu'il nomme *kinésiomètre*, destiné à mesurer la locomobilité du cerveau. Il dit à ce propos que les expériences faites sur le supplicié Campi par M. Laborde tendraient à prouver que le cerveau peut se déplacer dans la boîte crânienne.

M. LABORDE répond qu'il n'a pas voulu entrer dans la discussion de cette question si débattue : toutefois, les expériences qu'il a faites seraient plutôt contraires à la théorie soutenue à nouveau par M. Luys et après lui par M. Gavoy.

M. CHABRY a observé sur les ascidies simples la *formation de monstres* appartenant à des genres tératologiques nouveaux. Il leur donne le nom de *fractions d'individus* ; ils résultent d'une segmentation d'abord normale dans laquelle une partie du vitellus, la moitié, le quart, les trois quarts sont seuls capables de se segmenter. Il se produit ainsi des quarts ou des moitiés de *morula* ou de *gastrula*. Ces observations montrent la grande autonomie des cellules de l'œuf au cours du développement. La cause de ces phénomènes tératologiques reste inconnue.

M. M. DUVAL fait remarquer tout l'intérêt qui s'attache aux études de cette nature ; car tout traité d'embryologie devra désormais comprendre une étude particulière des monstres dans toute la série des êtres vivants.

M. LABORDE a essayé par les méthodes usitées en physiologie de déterminer la nature de certains alcaloïdes toxiques vis-à-vis desquels, dans des circonstances données, les procédés chimiques restaient insuffisants. C'est ainsi qu'un chien fut empoisonné accidentellement dans une fabrique de produits chimiques ; il devait avoir absorbé de la vératrine ou de l'aconitine. L'examen chimique des organes et des liquides qu'ils contenaient révéla la présence d'un alcaloïde qui était en trop petite quantité pour qu'on pût en déterminer exactement la nature. Une certaine quantité de ces liquides fut injectée sous la peau d'un autre chien ; le tracé du cœur obtenu à l'aide de la méthode graphique indiqua nettement qu'on se trouvait en présence d'un empoisonnement par l'aconitine, car MM. Laborde et Rondeau ont montré qu'on pouvait à 1 dixième de milligramme près déterminer par ces procédés la dose d'aconitine absorbée. L'auteur croit que la médecine légale tirera grand profit de ces connaissances et du mode d'expérimentation employé dans la circonstance.

M. R. DUBOIS, à propos de la récente communication de M. Charpentier, qui conclut que la cocaïne influence les phénomènes de la fermentation à la façon des anesthésiques, dit que ses recherches sur des individus appartenant aux principaux ordres de la série animale, ne lui permettent pas d'admettre que l'action de cette substance, pas plus du reste que celle des autres alcaloïdes, soit comparable à celle de ces agents. A ce sujet, il insiste sur l'importance en physiologie et en pathologie des phénomènes d'hydratation qui, suivant lui, ont une influence prépondérante dans l'accomplissement des phénomènes biogéniques naturels ou morbides.

M. LABORDE pense que la cocaïne n'agit pas à la façon des anesthésiques, mais bien en exerçant une action chimique à la surface des tissus. Aussi, faut-il se mettre en garde contre les injections sous-cutanées de cocaïne qu'il a vu produire des paralysies du membre avec perte de la contractilité musculaire, preuve évidente que cette substance avait agi chimiquement.

M. M. DUVAL présente de la part de M. LAULANIÉ, une note sur le *renflement caudal de la ligne primitive et la part du névraxe dans sa formation.*

MM. DOLÉRIS et DUBOIS ont étudié l'*action de la cocaïne sur les phénomènes douloureux de la parturition.* — Les résultats qu'ils ont obtenus leur permettent de conclure que l'anesthésie produite par la cocaïne n'est en aucune façon préjudiciable aux réflexes d'expulsion partis du col utérin et des parois vaginales. Ils ont ainsi pu supprimer par des badigeonnages avec de la glycérine, dans laquelle le chlorhydrate de cocaïne avait été incorporé à la dose de 4 0/0, les douleurs que produisaient la dilatation du col et sa rigidité spasmodique, ainsi que celles du passage à la vulve. Le col, les culs-de-sac, les parois vaginales devront être soigneusement badigeonnés.

M. P. BERT a injecté une solution de cocaïne dans les bulles que produit le vésicatoire, et a pu obtenir ainsi l'anesthésie de la surface dénudée. Pansant ensuite le vésicatoire avec des linges fenêtrés imbibés de cocaïne, il a pu vérifier combien l'action de celle-ci était locale, car en déposant une goutte du liquide à travers un des trous du linge, il a vu que l'anesthésie restait exclusivement limitée à l'endroit correspondant.

M. REGNARD a placé un cyprin dans de l'eau contenant de la cocaïne au 2/1000e. Au bout de deux heures, la léthargie était complète ; il retira le poisson et le jeta dans une cuve d'eau où, à son grand étonnement, il le retrouva vivant le lendemain. Il a, depuis, répété plusieurs fois cette expérience, et il montre à ce sujet des poissons qu'on croirait morts, qui ne réagissent plus et qui cependant vivent encore, car ils reviendront certainement à la vie lorsqu'on les aura plongés un temps suffisant dans de l'eau ordinaire. Il ne croit pas qu'il s'agisse ici d'une action sur la surafce cutanée, mais bien plutôt d'une action sur les branchies.

A propos de la communication de M. Charpentier, M. Regnard s'élève également contre l'assimilation que cet auteur a voulu faire de la cocaïne aux agents anesthésiques. M. Charpentier a employé des doses énormes de cocaïne, qui ont agi dans la circonstance comme l'eût fait tout autre alcaloïde et même avec moins d'intensité, car 0,50 centigr. de cocaïne retardent moins les phénomènes de fermentation que 0,10 centigr. de quinine, substance qu'on n'a jamais songé à classer parmi les anesthésiques.

G. GILLES DE LA TOURETTE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 20 janvier 1885. — PRÉSIDENCE DE M. BERGERON.

Election d'un membre associé national. — Votants : 71. Majorité : 36. Au premier tour de scrutin, M. TOURDES (de Nancy) est élu par 59 voix, contre 11 à M. Durand-Fardel et 1 à M. Desgranges (de Lyon).

M. LAGNEAU fait une communication sur la *diminution de la population en France.* — Au point de vue individuel la faible natalité peut être avantageuse en mettant l'enfant procréé dans de meilleures conditions biologiques, et conséquemment en diminuant pour lui les chances de maladie et de mort. Au point de vue national, la décroissance de la

population, due à la faiblesse de la natalité en temps de paix, détermine une immigration considérable d'étrangers, qui, plus économes que nous, tout en se déchargeant des travaux les plus pénibles et les moins rétribués, non seulement vivent, mais font de notables épargnes.

M. PROUST fait une communication relative aux remarques faites par un certain nombre de médecins au sujet de la dernière épidémie de choléra. M. Proust passe successivement en revue les divers endroits où le choléra a été importé dans les Hautes-Alpes, l'Yonne, les Bouches-du-Rhône, la Corse, la Drôme et la Haute-Garonne. Il arrive ainsi à démontrer péremptoirement que dans ces diverses localités le choléra a été importé par des individus ou des vêtements ayant été en rapport avec les premiers foyers épidémiques.

M. POLAILLON lit un rapport sur le *Prix Godard.*

L'Académie se constitue en *Comité secret.* A. JOSIAS.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 4 avril 1884. — PRÉSIDENCE DE M. CORNIL.

8. Séquestre probablement tuberculeux du frontal; par A. BROCA, interne des hôpitaux, aide d'anatomie à la Faculté.

Depeuille, Emile, âgé de 8 ans, entré le 4 janvier 1884, salle Denonvilliers, n° 48, Hôpital Trousseau (service de M. LANNELONGUE).

Les parents sont bien portants; ils ne semblent atteints ni de syphilis, ni de tuberculose. Ils ont eu cinq enfants, tous ont eu la gourme. Les quatre autres n'ont pas d'affections thoraciques ou ostéo-articulaires. Celui-ci a eu une fluxion de poitrine,il y a environ un an; il n'a jamais eu d'éruptions cutanées. Les parents attribuent le début de sa maladie actuelle à une chute qu'il aurait faite il y a à peu près un an, le front ayant porté sur une pierre. Puis il s'est produit à ce niveau un abcès, qui a été incisé et sous lequel l'os a été trouvé à nu.

Actuellement. Au niveau de la moitié droite du front, presque contre la ligne médiane, un peu au-dessous de la racine des cheveux, on voit une dénudation du frontal; la portion dénudée est large comme une pièce de 1 fr.; son diamètre vertical l'emporte un peu sur le diamètre transversal. Autour, la peau est un peu décollée, et en haut, il y a deux ou trois petites fistules indépendantes. La suppuration est abondante et fétide. La surface osseuse est grisâtre, et on constate qu'elle est constituée par une mince lamelle compacte recouvrant une substance poreuse. Cette lamelle est percée de trous de 1 millim. environ de diamètre, appréciables surtout dans la moitié inférieure. En observant attentivement ces orifices, on en voit sourdre le pus avec des mouvements pulsatifs isochrones à ceux du pouls radial. La lamelle ainsi criblée est même soulevée en masse. Toutes les fois qu'on fait tousser l'enfant, il se produit immédiatement un écoulement notable de liquide par tous les petits trous de la surface de l'os.

Au niveau de l'angle droit du maxillaire inférieur, en arrière de cet angle, sur le lobule de l'oreille, l'enfant est porteur d'une petite tuméfaction grosse comme une noisette, qui aurait débuté il y a un mois. La peau de cette région est amincie, par place luisante, par place croûteuse; sa coloration est violacée. On y sent de la fluctuation.

20 *janvier.* L'état ne s'étant pas modifié, l'enfant sort sur la demande des parents.

5 *avril.* On le ramène. Il aurait eu des convulsions. Les petites fistules précédemment décrites se sont fondues dans la grande ulcération. A part cela, rien ne semble changé extérieurement. Mais en appuyant sur l'os dénudé avec un stylet, on constate que le séquestre est devenu mobile.

Une sœur de l'enfant est morte,il y a quinze jours,d'une méningite.

7 *avril.* Une incision verticale d'environ 1 centimètre est faite à l'extrémité inférieure. — On tombe ainsi sur le bord libre du séquestre. Une spatule est introduite sous le bord et par un mouvement de bascule on amène la rondelle osseuse nécrosée. Cette rondelle est à peu près régulièrement ovalaire, à grosse extrémité supérieure; elle a environ 4 centimètres de haut sur 3 de large. La partie centrale est grisâtre, entourée d'un liseré rose, large de 3 à 4 millimètres, érodé à la partie supérieure, et là le bord est moins épais que le centre; tout ce séquestre est raréfié. La face postérieure concave, très raréfiée sur les bords, présente, au centre, les impressions normales de la face interne des os du crâne. Toute l'épaisseur du frontal est donc nécrosée. Une fois le séquestre enlevé, la dure-mère, recouverte de bourgeons charnus, forme le fond de la plaie; on y constate des battements isochrones à ceux du pouls.

RÉFLEXIONS. — 1° Quoique la recherche des bacilles n'ait pas été faite, la nature tuberculeuse de l'affection semble certaine. La lésion constatée à l'angle de la mâchoire est une gourme scrofuleuse; elle n'a pas les caractères d'une manifestation syphilitique. Les commémoratifs ne font pas trouver trace de syphilis; d'autre part, entre les deux séjours de l'enfant à l'hôpital, une de ses sœurs est morte de méningite.

2° J'attirerai spécialement l'attention sur les saccades isochrones au pouls dont le pus était animé à sa sortie du tronc du séquestre. C'étaient évidemment des mouvements transmis par ceux de la dure-mère qui battait derrière la face postérieure de l'os, déjà complètement dénudée à ce moment.

3° L'épaisseur entière du frontal a été nécrosée, et la face externe de la dure-mère a bourgeonné sans aucune réaction de méningite. Les convulsions dont l'enfant aurait été atteint quelques jours avant sa seconde admission, ne se sont pas reproduites sous nos yeux. Actuellement, la cicatrisation se fait, et la guérison ne saurait tarder.

9. Perforations tuberculeuses du sternum. - Ostéites tuberculeuses multiples; par A. BROCA, interne des hôpitaux, aide d'anatomie à la Faculté.

Deschamps, Irénée, âgé de 11 ans, entré le 16 janvier 1884, salle Denonvilliers, n° 51 (Hôpital Trousseau, service de M. Lannelongue).

Antécédents héréditaires et personnels, nuls Au mois de janvier 1883, on s'est aperçu qu'il existait au-devant du sternum un gonflement qui augmenta peu à peu, en occasionnant quelques légères douleurs, surtout le soir. Puis au mois de juillet on constata une tuméfaction analogue sur le maxillaire inférieur, du côté droit. L'enfant fut conduit à l'hôpital Tenon, où M. Gillette pratiqua une incision sur le dernier abcès et retira ainsi un fragment d'os. La cicatrisation fut rapide. Il y a environ un an, abcès à la joue gauche qui s'est ouvert spontanément et s'est peu à peu cicatrisé. Il en reste actuellement un petit mamelon induré, violacé. Vers le mois de septembre dernier sont apparus deux abcès à la face externe de la cuisse droite; ouverture spontanée et suppuration prolongée. Ils sont actuellement cicatrisés. En même temps,deux tuméfactions analogues se sont produites à l'avant-bras droit; elles se sont marbrées sans s'ouvrir, et il en reste deux petites marques violacées. On trouve encore deux cicatrices à la fesse gauche. Mais actuellement les lésions thoraciques sont, de beaucoup,les plus importantes. Au-devant du sternum, il y a un gonflement s'étendant depuis la fourchette sternale jusqu'au niveau de la troisième côte environ. La peau est de coloration normale. La tumeur est molle, fluctuante. Il y a une douleur à la pression très nette sur la première pièce du sternum; au-dessous de l'abcès, l'os est augmenté de volume. Il y a deux autres bosselures semblables, mais moins franchement fluctuantes, l'une au niveau de la 2e côte droite, l'autre au niveau de la côte gauche, sur leur articulation sternale.

Le 8 *février.* — L'abcès sternal est incisé: il en sort beaucoup de pus granuleux, caséeux. Après grattage de la poche extérieure, on trouve le sternum perforé et sous cette perforation est un séquestre allongé transversale-

ment, large de 2 centimètres 1/2, haut de 1 centimètre environ. Ses bords sont déchiquetés, sa face antérieure est jaune, caséeuse dans toute son étendue; sur la face postérieure,il y a une tache jaune centrale, entourée d'un tissu rosé. Une coupe verticale antéro-postérieure de ce séquestre montre nettement que de la face antérieure, tout entière caséeuse, part, à peu près au centre, une traînée jaune qui s'avance jusqu'à la face postérieure. Le reste du séquestre a une couleur rose clair. Aucun grattage n'a été pratiqué dans le médiastin. Un drain debout a été placé. Les jours suivants, pas de réaction. La cicatrisation se fait peu à peu et au bout de trois semaines environ il ne restait plus qu'une petite fistule.

Le 5 *mars*. On constate dans la fosse sus-épineuse droite un abcès froid gros comme une noix.

Le 21 *mars*. Les deux autres abcès ayant notablement augmenté de volume, sont incisés. A droite, après décortication de la membrane, aucun os n'a été trouvé dénudé. Une lésion costale est cependant plus que probable. A gauche, l'abcès ne semble pas communiquer avec le précédent. Après incision, on tombe sur une perforation du sternum, placée vers la partie moyenne de cet os. La perforation est complète; l'extrémité de l'index s'y engage facilement. Dans la cavité retro-sternale sont trois petits séquestres, du volume de petits haricots. Absolument mobiles, ils sont facilement extraits. Ils sont remarquables par leur infiltration caséeuse, qui leur donne une coloration jaunâtre. Après grattage de la poche pré-sternale, un drain debout a été placé. La réaction a été assez rude après cette opération. Mais la fièvre a cessé au bout de quelques jours, et le bourgeonnement s'est fait à souhait.

Le 24 *mars*. L'abcès de la fosse sus-épineuse droite s'est ouvert spontanément, par un tout petit pertuis qui s'est progressivement ulcéré les jours suivants.

Le 23 *avril*. Un fragment osseux se voit dans l'ouverture de l'abcès scapulaire. Saisi avec une pince, il est extrait sans aucun effort. C'est un séquestre raréfié, non caséeux, long de 2 centimètres sur 1 de large, provenant de la partie externe de l'épine de l'omoplate. Il y a trois fistules au niveau des abcès thoraciques incisés: l'état général est bon. L'enfant partira, d'ici à peu de temps, pour Berck-sur-mer.

Réflexions. — L'observation que je viens de rapporter est un beau type d'abcès froids multiples évoluant successivement. L'enfant qui en est l'objet a été porteur de ces gommes scrofuleuses suppurées sur lesquelles M. Lannelongue insiste pour le diagnostic de la tuberculose osseuse. Mais ici les lésions ont frappé le système osseux avec une prédilection marquée, et il est fort admissible que la maladie n'a pas encore dit son dernier mot. Un fait sur lequel je désire attirer l'attention est la bénignité de l'évolution des abcès, ainsi que celle des interventions chirurgicales, alors que le sternum était perforé de part en part et que la face postérieure de la poche répondait directement aux organes du médiastin antérieur.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 21 *janvier* 1885. — Présidence de M. M. Sée.

M. Monod, à propos de la discussion sur la réunion des plaies, communique la statistique des amputations du sein qu'il a pratiquées depuis trois ans. Dans 24 amputations, M. Monod a essayé 23 fois la réunion immédiate et il a obtenu les résultats suivants: réunion immédiate (8 ou 10 jours) 5 cas; réunion rapide (15 à 25 jours) 10 cas; 7 fois la cicatrisation fut retardée; 2 fois seulement la cicatrisation ne se fit que secondairement. Donc, pas un décès, peu ou point de fièvre, un seul cas d'érysipèle, diminution notable de la durée de la cicatrisation; tels sont les avantages de la réunion immédiate.

M. Terrier signale deux observations d'hystérectomie vaginale adressées à la Société par M. Demons. Dans l'une de ses observations, il s'agissait d'un cancer du col utérin et la guérison persiste depuis deux ans.

M. Desprès demande qu'on veuille bien lui communiquer l'examen histologique de la tumeur.

M. Terrier répond que dans l'observation il est dit « que la tumeur du col était un épithélioma. »

M. Desprès exprime alors les plus grandes réserves, parce que l'examen histologique lui paraît insuffisant.

M. Terrier. Pour lui, le cancer de l'utérus est de ceux qui marchent le plus rapidement; il comprend d'ailleurs difficilement qu'on puisse enlever par le vagin la totalité de l'utérus, et pense que l'on peut prendre pour des cancers, surtout à l'utérus, des tumeurs qui ne sont pas des cancers.

M. Terrier. Si l'on met en doute ce diagnostic, la discussion devient impossible. De ce que le cancer de l'utérus envahit rapidement l'organe, il semble que l'on doive conclure à préférer les ablations totales aux résections. Quant à la possibilité de pratiquer l'opération, il serait peut-être nécessaire d'essayer avant de nier.

M. Desprès continue de croire que cette opération ne peut être réglée, quand le sujet est une femme de trente ans n'ayant jamais eu d'enfants; il trouve excessif le respect que professe toute la Société de chirurgiens pour les observations qui lui arrivent de partout.

M. Berger: l'opinion à l'étranger paraît faire un retour contre cette opération, parce que les propagations dans le système lymphatique sont beaucoup moins faciles à poursuivre dans cette région que dans l'aisselle.

M. Polaillon croit devoir remarquer que le cancer de l'utérus est ordinairement limité au col, et qu'il est inutile de recourir à une opération aussi grave que l'ablation totale.

M. Terrier reconnaît que M. Desprès a affirmé l'impossibilité de l'ablation totale de l'utérus sans l'avoir essayée; il accorde à M. Berger que l'opinion n'est pas encore faite sur ce sujet et que la question est à étudier; et il l'accorde d'autant plus facilement qu'il n'a pas dit autre chose; mais il ne peut croire avec M. Polaillon que le cancer du col soit aussi nettement limité que celui-ci vient de le dire; il pense enfin que la gravité de l'affection autorise les tentatives actuelles.

Elections. Au cours de la séance ont été nommés: associés étrangers: à l'unanimité, MM. Pellizarri (Florence), Iklifossowsky (Moscou); — correspondants étrangers: à l'unanimité, MM. Lewis Stimson (New-York), Saltzmann (Helsingfors), Plum (Copenhague), Studsgaart (Copenhague); — correspondants nationaux: MM. Poulet (armée), Villeneuve (Marseille), Turgis (Falaise), Malherbe (Nantes).

P. Poirier.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 14 *janvier* 1884. — Présidence de M. Duhomme.

M. Delpech est remplacé, comme président, par M. Duhomme; tous les deux adressent leurs remercîments à la Société.

M. Campardon fait hommage à la Société d'une brochure sur le *Thym*; cet agent médicamenteux serait un adjuvant précieux de la médication ferrugineuse. M. Campardon présente en outre un échantillon de *bromal hydraté*, médicament qui jouirait des mêmes propriétés thérapeutiques que l'hydrate de chloral; toutefois, sa saveur serait désagréable.

M. C. Paul fait observer que Bouley employait déjà le thym dans la dyspepsie flatulente.

M. Dujardin-Beaumetz présente à la Société la thèse d'un de ses élèves, M. Monnet, sur les *propriétés thérapeutiques de la kola*. — Il est tout à fait d'accord avec M. Monnet en ce qui concerne l'action tonique de la kola sur le cœur; toutefois, il n'a pas observé les effets diurétiques mentionnés dans cette thèse. De plus, M. Dujardin-Beaumetz est désormais en mesure de donner l'histoire naturelle complète du *kolatier* et de son fruit, la noix kola, grâce à l'envoi gracieux d'un explorateur français, M. Coffinières de Nordeck, qui lui a expédié des fruits complets, des bran-

ches du kolatier, dont il montre des spécimens et des dessins d'ensemble à la Société.

A propos des effets thérapeutiques de la kola qui agit surtout par la caféine et la théobromine qu'elle contient, il s'engage une discussion. M. Delpech ayant dit que ces deux corps avaient une formule chimique identique, M. Dujardin-Beaumetz répond qu'il ne croit pas que, de ce que deux corps sont isomères, ils doivent posséder les mêmes propriétés thérapeutiques. La matéine, la guaranine ont la même formule que la caféine et la théine, et certainement leurs propriétés ne sont pas identiques. M. C. Paul fait observer à ce sujet que la caféine que l'on emploie journellemement est tirée du thé.

M. Dujardin-Beaumetz désire appeler l'attention de la Société sur les falsifications qu'on fait déjà subir à l'antipyrine; il a reçu d'un pharmacien de Sarreguemines une certaine quantité de ce produit falsifié; l'antipyrine était remplacée dans la circonstance par du sulfate de quinine mélangé à du sucre candi.

M. Roussel dit qu'en injection hypodermique, 10 à 15 centigr. d'antipyrine produisent des effets analogues et même plus durables que deux grammes de cette substance administrés par la voie buccale.

M. Cadet de Gassicourt pense qu'il y a lieu d'essayer les injections hypodermiques de ce médicament; toutefois, la durée de l'action de l'antipyrine étant encore imparfaitement connue, il serait, croit-il, imprudent de conclure et de négliger systématiquement l'administration par la voie buccale.

M. Roussel présente un appareil destiné à faire des injections intra-veineuses chez les cholériques. Cet appareil doit être laissé à demeure; il sera dès lors facile de remplacer les injections massives par des injections fractionnées, plusieurs fois répétées, pratique dont les malades ne sauraient que bénéficier.

M. Bucquoy n'a pas l'intention de discuter en ce moment une aussi grosse question que celle des injections intraveineuses chez les cholériques. Toutefois, ayant eu dans son service de l'hôpital Cochin un grand nombre de cholériques à soigner, il s'est très bien trouvé de l'emploi d'un appareil très simple, constitué en principe par un flacon à trois tubulures. Suivant lui, on ne doit jamais, à la fois, injecter plus de 1000 à 1200 grammes de liquide, car c'est avec cette dose qu'on obtient le maximum des effets thérapeutiques. Au delà il survient de l'oppression, des accidents qu'on a tout intérêt à éviter. Sous l'influence de cette médication, il a vu des malades *ressusciter* véritablement, et à différentes reprises, mais jamais il ne les a vu *guérir*. Il est vrai qu'il n'a employé cette méthode de traitement que dans les cas désespérés. Aussi, croit-il que les conclusions apportées par M. Hayem à l'Académie de médecine, sont tout au moins discutables, car M. Hayem a employé les injections intra-veineuses dans des cas qui, peut-être, eussent guéri sans leur emploi. S'il en croit les statistiques, la mortalité n'aurait pas été moindre à Saint-Antoine qu'à Cochin.

M. Dujardin-Beaumetz pense que, pour conclure, il est nécessaire d'attendre la publication du mémoire complet que M. Hayem ne tardera pas à publier.

M. Féréol croit qu'il vaut mieux discuter les mérites de la méthode que ceux de tel ou tel appareil; car ceux-ci sont presque tous bons lorsqu'ils sont maniés par des personnes expérimentées.

M. C. Paul rappelle de curieuses expériences qu'il a faites en 1873, dans le service de Lasègue, qu'il suppléait alors. Désirant injecter à des cholériques un liquide se rapprochant autant que possible du sang normal, il mit en communication, au moyen d'un appareil rappelant en substance celui de M. Roussel, la veine d'un cholérique avec le liquide contenu dans le péritoine d'un malade ascitique. Il put ainsi effectuer une transfusion qui ne dura pas moins de trois quarts d'heure et n'eut pas d'inconvénients.

M. Tanret donne la véritable formule de la caféine, désireux qu'il est de rectifier de nombreuses erreurs qui se trouvent, en particulier dans le Codex, à propos de la constitution chimique de ce médicament.

G. Gilles de la Tourette.

SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE

Séance du 8 janvier 1885. — Présidence de M. Dureau.

M. Magitot présente à la Société un mémoire extrait du compte rendu de la session du Congrès international d'anthropologie et d'archéologie préhistoriques, tenu à Lisbonne en 1880, et intitulé: *Essai sur les mutilations ethniques.* L'auteur, dans ce travail, n'a voulu donner qu'une vue d'ensemble de cette question si vaste, dont les principaux points ont en général été étudiés en détails par maints auteurs. M. Magitot étudie successivement: 1° les mutilations de la peau qu'il subdivise ainsi: *a*) fards et peintures, *b*) épilation et *c*) tatouages. Ce dernier groupe est le plus important; on peut le diviser en tatouages par piqûre, par incisions simples, par ulcération ou brûlures, le tatouage sous-épidermique, enfin le tatouage mixte. Le plus répandu de ces procédés est celui par piqûres; il subsiste encore de nos jours en Europe dans les classes inférieures de la société. Ce procédé sert aux îles Marquises pour caractériser non seulement certaines tribus, mais aussi les castes. On connaît les tatouages couvrant toute la surface du corps des coureurs et des plongeurs japonais. Le mode opératoire consiste dans l'emploi d'aiguilles ou d'arêtes de poissons, d'épines, etc., trempées dans des matières colorantes variées: charbon pulvérisé, encre de Chine, indigo, etc., et enfoncées dans la peau, suivant un dessin tracé d'avance. Le plus singulier des procédés est le tatouage par ulcération ou brûlure; il consiste à irriter ou à ulcérer une incision préalable en appliquant à sa surface des substances irritantes, ou bien à pratiquer de véritables brûlures. On laisse ensuite la plaie se recouvrir de bourgeons charnus abondants, qui, après guérison, forment une cicatrice blanche très saillante, de dimensions et de forme variées. C'est ainsi que sont produites les bizarres productions du front des Tasmaniens, des épaules des Australiens, du dos et des cuisses des Zoulous. Enfin, dans certains pays, comme à la Nouvelle-Zélande, ces divers modes de tatouage sont employés conjointement sur le même individu. — Les mutilations faciales portent sur les lèvres, le nez, les paupières, ou l'oreille. Les lèvres sont perforées d'une ou plusieurs ouvertures; ces ouvertures sont destinées à loger des ornements divers: tantôt une perle, tantôt un clou, ou encore un vrai disque en bois, en os ou en bambou, mesurant parfois jusqu'à 6 centimètres de diamètre (Botocudos du Brésil) ou enfin des chaînettes auxquelles pendent des breloques. Les Esquimaux d'Asie se perforent les joues et y placent une sorte de bouton. La mutilation de la lèvre la plus singulière est celle qu'on rencontre souvent chez les femmes du Sénégal: elles se piquent fréquemment la lèvre inférieure avec les épines du gommier, et y déterminent ainsi un tel gonflement, qu'elle finit par devenir pendante sur le menton. — Les perforations du nez, soit de la cloison, soit des ailes, afin d'y introduire des anneaux, des barres de bois ou d'os, ou des plumes, sont trop connues pour y insister. Les oreilles ont été perforées de tout temps et chez tous les peuples. Chez les anciens Péruviens, le lobule s'allongeait tellement qu'il finissait par tomber sur les épaules et permettait l'introduction de barres de bois, d'écailles de tortue, etc. Les peuplades barbares du Yun-Nam y introduisaient des anneaux de métal du poids parfois de 150 grammes. — Les déformations artificielles du crâne ont une grande importance, car elles présentent une distribution géographique déterminée et peuvent être considérées comme un caractère ethnique dans bien des cas. On les rencontre dans le monde entier; elles se pratiquent sur les enfants depuis l'âge de six mois jusqu'à quatre à six ans, au moyen de liens, de coiffures ou même d'appareils spéciaux. Elles ont été diversement classées par les nombreux auteurs qui s'en sont occupés. Les déformations crâniennes peuvent être frontale (c'est un type fréquent dans

le midi de la France), occipitale, fronto-occipitale, naso-pariétale, latérale, cylindrique, etc., etc. Si l'on s'en tient à la distribution géographique des déformations crâniennes en France, on peut remarquer que de la Belgique on les rencontre suivant une ligne qui passe par la Seine-Inférieure, l'Ile-de-France non loin de la Champagne, puis se dirige vers le sud en coupant la Loire, pour descendre vers la Garonne jusqu'au Limousin. Or, cette direction générale est celle qui correspond à la marche des invasions cimmériennes parties du Pont-Euxin. — Les mutilations par trépanation correspondent à deux époques : l'une, préhistorique, et qui jusqu'à présent ne s'est rencontrée que sur notre continent; l'autre, actuelle, se retrouve dans le monde entier. De nos jours, elle semble exclusivement dirigée contre les attaques d'épilepsie. — Les mutilations du tronc, sauf celles des seins et de la taille, sont peu répandues; celles des mains se rencontrent parfois (amputation d'une phalange à la mort d'un parent); enfin, les mutilations des pieds chez les Chinoises sont connues, de reste. — Les dents sont souvent le siège de mutilations variées, soit par fractures brisant les angles des incisives, ou par arrachement, ou encore par limage donnant des formes variées au bord des dents, ou encore par incrustation dans la dent d'un petit cylindre de métal ou une pierre précieuse. — Les mutilations portant sur les organes génitaux sont trop connues pour y insister; elles comprennent la circoncision, extrêmement répandue indépendamment même des Juifs. L'infibulation, chez la femme, par suture, par un anneau ou par une ceinture, et chez l'homme, soit au moyen d'un anneau ou d'un étui de métal ou de bambou. — Après l'eunuchisme, l'auteur étudie avec assez de détails la secte des *skoptzy*, les châtrés volontaires de la Russie, et en donne la statistique suivant les régions, le sexe et les professions; c'est une secte riche, puissante, et qui s'est notablement accrue depuis 1866, où elle comptait pourtant déjà 5,467 adeptes. L'auteur termine son intéressant exposé par la description de quelques procédés anormaux de mutilations génitales, tels que l'introduction d'une longue tige métallique parallèlement à l'urèthre (Dayaks de Bornet), les compressions par un lien élastique de la base du penis, etc.

M. Hamy présente différents spécimens de papiers et d'étoffes brûlées, et même de cendres, consolidés et durcis par M. Stahl, dont le procédé consiste à imbiber avec soin l'objet au moyen d'un mélange, liquéfié par la chaleur, d'une partie de colophane pour quatre de blanc de baleine. Ce procédé est employé également avec succès pour la conservation et le durcissement des ossements anciens très fragiles. L. Capitan.

REVUE DE CHIRURGIE

VI. Un cas d'érysipèle périodique. (*Anales de Obstetricia, ginecopatia y pediatra*, décembre 1884, p. 404).
VII. Leucorrhée intermittente (*Anales de obstetricia, Ginecopatia, etc.*), décembre 1884, p. 405.
VIII. Extirpation, par la laparotomie, d'un kyste hydatique du foie (*Revista de Medicina y cirurgia practicas*, n° du 7 décembre 1884, p. 518).

VI. « Nous empruntons à la *Revista de Ciencias medicas* la très curieuse observation suivante, que le Dr Cebrian a publiée dans la *Medicina contemporanea :*

Il s'agit d'un cas d'*érysipèle périodique du côté droit de la face pendant la grossesse*, chez une dame de 31 ans, de tempérament nerveux, de bonne constitution, et adonnée aux occupations habituelles de son sexe. Bien réglée, elle a toujours joui d'une bonne santé jusqu'à son mariage, époque à partir de laquelle elle a souffert périodiquement d'érysipèles du côté droit de la face. Elle a eu trois fils, qu'elle a nourris elle-même. Comme antécédent héréditaire digne d'être mentionné, la malade nous apprit que sa mère était morte d'un *érysipèle noir, au troisième mois de sa dernière grossesse*. Interrogée, la malade répondit qu'elle avait senti la veille, vers la fin de l'après-midi, un fort frisson, accompagné de céphalalgie intense et suivi de chaleur. La patiente avait le côté droit de la face envahi par une vive rougeur, que la pression faisait disparaître en même temps qu'elle provoquait une sensation de douleur brûlante, et qu'accompagnaient les symptômes généraux, fièvre et élévation de la température. Les symptômes locaux étaient limités au côté droit de la face, formant un singulier contraste avec l'intégrité du côté gauche; il existait une ligne de séparation très manifeste, qui, commençant à la partie moyenne du front, descendait sur le dos du nez, sur la partie moyenne des lèvres et de la région mentonnière, puis devenait ensuite imperceptible et disparaissait enfin complètement. Le traitement fut purement hygiénique.

La malade rapporte dans son anamnèse que, depuis l'instant où la première absence de flux menstruel lui fit soupçonner une grossesse, l'érysipèle du côté droit de la face s'est manifesté pour la première fois, et qu'il est survenu de même invariablement lors de ses grossesses ultérieures. Il est remarquable que l'érysipèle affectait, au point de vue de sa durée et de son intensité, une conformité parfaite avec la durée et l'intensité du flux menstruel. Ses périodes d'invasion, d'augment et de déclin, parfaitement caractérisées, paraissaient subordonnées à l'apparition et à la disparition des règles, de telle sorte que l'invasion de l'érysipèle commençait, avec les symptômes indiqués, le jour même qui correspondait au début du flux menstruel; lorsque la menstruation devait être en son plein, l'érysipèle augmentait aussi visiblement, et dès qu'arrivait l'instant où celle-ci devait toucher à sa fin, les symptômes de l'érysipèle déclinaient; le tout se terminait vers le cinquième ou sixième jour. Cela se répétait sans interruption jusqu'au quatrième mois de la gestation inclusivement, et cessait complètement à partir de cette époque, pour ne plus revenir ni pendant le reste de la grossesse, ni pendant la lactation, ni à aucune autre époque, jusqu'à ce que survînt une nouvelle grossesse, que la malade soupçonnait parce qu'elle commençait à éprouver toutes les incommodités inhérentes à l'affection indiquée.

Deux sœurs qu'elle a, et qui sont mariées, éprouvent aussi les conséquences de son incommode maladie dans les circonstances analogues à celles où se trouve cette dame. Nous avons déjà dit que sa mère, d'après ce que nous en a rapporté notre malade, est morte d'un *érysipèle noir pendant le troisième mois de sa dernière grossesse.* » Mariani.

VII. « Le Dr Fernandez Palacios rend compte de ce cas curieux dans *La Voz Medica de Almeria*. Une femme de 25 ans, mariée, lymphatique, et qui présentait dans ses antécédents ce fait qu'elle avait été atteinte de fièvre intermittente à forme quotidienne, ressentit le 4 octobre dernier un léger frisson, à la suite duquel survint une abondante leucorrhée, accompagnée de prostration et de défaillance, mais sans fièvre.

Le lendemain, la malade se trouvait bien, et nous annonçait que le flux leucorrhéique avait disparu vers les sept heures du soir, et qu'elle avait éprouvé ensuite un bien-être agréable, qui lui avait permis de manger avec appétit et de dormir tranquille.

L'après-midi suivante, à quatre heures, le même appareil symptomatique reparaissait, mais plus accentué que la veille, car la prostration était plus grande, le flux plus considérable, et le frisson avait été plus intense.

L'intermittence des phénomènes, et ce fait que la malade s'enquérait d'une localité où les fièvres intermittentes ne fussent pas endémiques, firent aussitôt comprendre qu'il s'agissait d'une forme de paludisme, et qu'en employant le traitement antitypique, on verrait cesser la maladie. » Mariani.

VIII. « Le Dr Guttierez rapporte ce cas curieux dans *El Dictamen* : Il s'agissait d'un enfant de 8 ans qui se présenta au Dr Federico Guttierez, à l'Institut de thérapeutique opératoire, avec une tumeur siégeant dans la fosse iliaque droite et grosse comme une tête fœtale. Le dia-

gnostic de cette tumeur resta difficile, jusqu'à ce que la ponction capillaire donnât issue au liquide caractéristique, clair comme de l'eau de roche, dans lequel l'examen microscopique révéla la présence de nombreux crochets et d'autres particularités très notables, qui sont de nature à compléter les intéressantes études du Dr Rubio sur la genèse de ces tumeurs.

L'extirpation du kyste ayant été décidée comme moyen de salut et comme le seul efficace (como remedio salvador y unico eficaz), on la pratiqua en ouvrant le côté droit du ventre par une incision oblique, et en détachant par dissection la tumeur des adhérences qui l'unissaient à l'épiploon, dont on enleva également une bonne partie, dans le but d'éviter sa mortification.

Après avoir ouvert le kyste, qui avait acquis après la ponction des dimensions plus considérables, on vit sortir, en même temps que le liquide, la grande poche ou hydatide, et comme l'enveloppe externe, fibreuse et résistante, qui l'enveloppait n'était autre chose que la capsule de Glisson épaissie, que la véritable hydatide avait peu à peu refoulée de la face externe du foie jusqu'à venir se loger dans la fosse iliaque, l'opérateur extirpa cette enveloppe fibreuse au niveau de son point d'attache à l'organe hépatique, afin d'éviter des suppurations de nature à compromettre le résultat d'une si brillante opération. Il pratiqua ensuite trois plans de sutures au catgut, très fines, comprenant : la première, le péritoine; la seconde, les muscles divisés, et la troisième, la peau; et il appliqua ensuite le pansement de Lister.

Le petit malade se comporta d'une manière si parfaite, qu'il n'eut pas la plus légère trace de péritonite; il tarda assez longtemps à réagir après l'opération, mais aujourd'hui, 10 novembre, sa plaie abdominale est cicatrisée, et ses fonctions digestives s'exercent convenablement. »

MARIANI.

Nous regrettons que notre distingué confrère, le Dr Mariani, habituellement si attentif à ne laisser dans l'ombre aucune particularité importante des faits qu'il résume, n'ait pas fourni de détails plus circonstanciés sur les difficultés du diagnostic avant la ponction, et sur les raisons qui ont déterminé l'opérateur à choisir la laparotomie de préférence à l'un des autres modes usuels de traitement des kystes hydadiques du foie. Nous n'avons pu, malheureusement, nous reporter à l'observation originale, où nous aurions sans doute trouvé les renseignements nécessaires pour combler ces lacunes. Ch. H. P.-V.

BIBLIOGRAPHIE

Du noyau dans les cellules végétales et animales ; structure et fonctions, par L. COURCHET. 1 vol. in-8 de 186 pages. — Paris, O. Doin, 1884.

Cet opuscule n'est point le résultat de recherches personnelles ; il n'a d'autre but que de donner un resumé complet, un exposé méthodique, fait avec un véritable talent, de l'état actuel de nos connaissances sur la structure, la composition, la division et le rôle du noyau des cellules animales et végétales. Ce travail, inspiré par notre ami le professeur Guignard, pourra être consulté avec profit par tous ceux qu'intéressent l'anatomie et la physiologie cellulaires. R. BL.

Lésions corticales du cerveau ; par M. ALLEN STARR, *American Journ. of the med. Sc.*, avril et juillet 1884.

Ce travail de 53 pages, dans lequel l'auteur donne le résumé de toutes les observations de lésions corticales du cerveau publiées en Amérique, se prête mal à une analyse, mais contient un certain nombre de documents qu'il serait difficile de se procurer ailleurs, vu le petit nombre des journaux américains qui se trouvent dans nos bibliothèques publiques. P. MARIE.

VARIA

Autopsie proprement dite (1)

IX. EXAMEN DU DUODÉNUM ET DE L'ESTOMAC (2).

a) Examen externe de l'estomac et du duodénum. — Avant de procéder à l'ouverture du duodénum et de l'estomac, on s'assure à nouveau de l'intégrité de l'hiatus de Winslow, de l'arrière-cavité des épiploons ; l'on note s'il y a lieu les adhérences avec les organes voisins, puis après avoir détaché, en s'aidant au besoin avec le couteau, le côlon transverse que l'on rejette en bas et à gauche et mis ainsi à découvert le duodénum, on complète l'examen externe (déjà fait pour certaines parties lors de l'ouverture de l'abdomen) de l'estomac et du duodénum (volume, déplacements, coloration, consistance, périgastrite, tumeurs diverses, perforations (3), etc.).

b) Coupe et examen interne du duodénum et de l'estomac. — On fait avec les ciseaux une incision transversale et antérieure vers la partie inférieure de la deuxième portion du duodénum; puis passant une des branches de l'entérotome par cette incision, l'on coupe sur la face antérieure cette deuxième portion jusqu'au niveau de son union avec la première portion. A ce moment on retire l'entérotome et l'on introduit deux doigts vers le pylore, et l'on s'assure si celui-ci n'est pas rétréci, sa consistance normale, etc ; puis, reprenant l'entérotome, on incise en avant la première portion duodénale, le pylore, et l'on continue la coupe, en s'aidant de la main gauche qui relève le bord supérieur de l'incision, le long de la grande courbure de l'estomac au-dessus de l'insertion du grand épiploon, presque vers l'extrémité de la grosse tubérosité (4). Tout en pratiquant cette coupe, on constate déjà sommairement la quantité, la qualité des matières contenues dans le duodénum et l'estomac. On note les différences de coloration au-dessus et au-dessous du canal cholédoque.

On recueille alors avec un verre gradué, ou dont on connaît la capacité, le contenu stomacal (quantité, nature, odeur, corps étrangers, etc.). Après avoir d'abord examiné la surface interne de l'estomac (5), revêtue d'un mucus plus ou moins épais, d'aspect variable, etc., on en opère la toilette, et l'on note les altérations de la muqueuse et des autres tuniques (ecchymoses, hyperémie, coloration ardoisée, blanchâtre, plissements (6), épaississements (7), état mamelonné, kystes glandulaires, polypes, érosions, cicatrices, muguet, etc., tumeurs diverses (tubercules, ulcères ronds (8) (bords taillés à pic et disposés

(1) Extrait d'un *Manuel de technique d'autopsie*, par Bourneville et Bricon; voir *Progrès médical*, nos 43, 44, 46, 47, 48, 50 et 52 (année 1884) et 3 (année 1885).

(2) L'ordre suivi par nous pour l'examen des organes, diffère ici quelque peu de celui adopté par Virchow (voir *introduction*).

(3) Ces perforations doivent être distinguées avec soin des perforations et des déchirures produites, soit après la mort, par suite du ramollissement des organes ou par l'opérateur au moment de l'autopsie. On les différenciera facilement des mêmes lésions produites pendant la vie par l'absence de toute réaction inflammatoire, l'état de la muqueuse et des parois, leur étendue, etc.

(4) On doit faire attention à ne pas prolonger cette incision au delà des limites nécessaires pour que le contenu stomacal ne puisse se répandre au dehors.

(5) Dans les pays comme la France où par une fausse interprétation de la loi et l'hostilité administrative à tout progrès les autopsies ne sont pratiquées que 24 heures au minimum après le décès il est très fréquent de rencontrer, surtout dans le grand cul-de-sac, des altérations cadavériques consistant en une digestion plus ou moins avancée des parois stomacales (gastromalacie) en rapport avec la quantité et la nature du contenu de l'estomac.

(6) Le plissement peut tenir à la contraction de la tunique musculaire, ce dont on s'assure facilement en étirant transversalement cette dernière.

(7) « Pour juger de cet épaississement, l'examen du point de passage de l'œsophage sur l'estomac fournit un bon criterium. Normalement la muqueuse œsophagienne présente un rebord plissé proéminent sur l'estomac : dans les cas d'épaississement, les rapports sont modifiés, les deux muqueuses se trouvent au même niveau ou même la muqueuse gastrique proémine » (Orth, *loc. cit.*, p. 419).

(8) C'est surtout dans ces cas que les artères doivent être examinées avec soin. La mort rapide (hématémèse, perforation), dans l'ulcère simple donne souvent lieu à des autopsies médico-légales.

en gradins), sarcome lipome, carcinomes (1) (encéphaloïde, squirrheux, colloïde, épithélial), gommes, fibro-myomes, etc. (2).

Le *duodénum* examiné on passe à l'examen du *canal cholédoque* et de la *veine porte*.

X. EXAMEN DU LIGAMENT HÉPATO-DUODÉNAL.

a) Examen du canal cholédoque et du canal cystique. — Pour s'assurer de la perméabilité du canal on exerce d'abord une légère pression sur le trajet seulement du canal, en ayant soin en même temps de regarder la nature du liquide ou des matières dont cette pression provoque l'expulsion au niveau de l'ampoule de Vater. On pratique ensuite une pression sur la vésicule biliaire (plus ou moins distendue) pour s'assurer de la perméabilité du canal cystique et du canal cholédoque sur tout leur parcours. Le sondage du canal cholédoque est une opération inutile pour la constatation de la perméabilité et ne trouve son indication que dans quelques cas spéciaux, et pour pratiquer l'ouverture du canal. On aura encore à noter la dimension, la coloration, les différentes lésions des canaux (calculs (3), ulcérations, oblitérations, etc.).

b) Ouverture et examen de la veine porte. — La veine porte peut être ouverte, soit depuis le canal cholédoque, soit en dehors. Les altérations principales auxquelles on devra surtout faire attention sont : La périphlébite et la thrombose. Nous ne croyons pas devoir nous y arrêter (*A suivre.*)

Caisses de retraite des médecins français.

Dans notre numéro du 10 janvier 1885 (*Bulletin sur la caisse de retraite des médecins français*), nous avions cité, en passant, d'après le Dr Benoit (de Saint-Nazaire), le projet du Dr Lande. Nous disions notamment, toujours d'après le Dr Benoist, que ce *projet n'avait pas fait fortune*. Cette phrase nous a valu une protestation émanée du secrétaire du comité Lande, M. le Dr Delefosse. Il paraît que la caisse de retraite fondée par ce comité, fonctionne parfaitement et donne à ses adhérents les plus belles espérances. Nous ignorions complètement ces détails au moment de la rédaction de notre article et nous sommes heureux de faire la rectifications que nous demande M. Delefosse. Nous faisons cette rectification avec d'autant plus de plaisir qu'il s'agit d'une question touchant vivement aux intérêts professionnels du corps médical français.

Caisse de pensions de retraite du corps médical français.

Le Ministre de l'intérieur vient d'autoriser, par l'arrêté suivant, la caisse de pension de retraite du corps médical français : Vu la demande formée par les membres fondateurs de l'association dite : « Caisse de pensions de retraite du corps médical français, » en voie de formation à Paris, à l'effet d'obtenir l'autorisation administrative ; — Vu les statuts de cette Société ; — Vu l'article 291 du Code pénal ; — Vu la loi du 10 avril 1834 ; — Vu l'avis de M. le Préfet de police, en date du 18 décembre 1884 ; — Arrête :

Est autorisée la création de l'Association dite Caisse de pensions de retraite du corps médical français, dont le siège social est à Paris. Cette autorisation est subordonnée aux conditions suivantes : 1° Dans les deux mois de sa constitution, la Société devra fournir au Ministère de l'intérieur la liste des fondateurs et adhérents à un titre quelconque ; pareille liste devra être transmise chaque année, dans le courant du mois de décembre ; 2° La Société devra adresser, en outre, au Ministère, chaque année et à la même époque, un compte rendu de ses opérations et de ses travaux ; 3° Aucune modification ne pourra être apportée aux statuts sans l'application expresse de l'autorité supérieure.

Service médical de nuit dans la ville de Paris.

STATISTIQUE DU 1er OCTOBRE AU 31 DÉCEMBRE 1884, PAR LE Dr PASSANT

Arrondissements.	Hommes.	Femmes.	Enfants au-dessous de 3 ans.	Total.
1er	16	13	2	31
2e	30	30	4	64
3e	39	45	5	89
4e	61	74	17	152
5e	39	46	7	92
6e	22	37	6	65
7e	30	29	3	62
8e	8	15	»	23
9e	24	30	5	59
10e	38	49	5	92
11e	129	182	36	347
12e	57	69	12	138
13e	47	106	46	199
14e	47	84	24	155
15e	57	77	25	159
16e	13	19	2	34
17e	48	96	15	159
18e	73	110	22	205
19e	76	103	32	211
20e	82	150	36	268
	936	1364	304	2604

MALADIES OBSERVÉES.

A		E	
Angines et laryng.	102	Affect. cérébrales, Paralysies.	105
Croup	27	Eclampsie. Convulsions.	56
Coqueluche.	5	Névralgies	58
Ophthalmie.	1	Névroses	100
B		Epilepsie.	29
Asthme	41	Aliénation mentale.	10
Affections du cœur.	63	Alcoolisme. Delirium tremens.	33
Bronchites aiguës et chroniques.	142	Chorée	1
Pleuro-pneumonie.	92	**F**	
Congestion pulmonaire	11	Rhumatisme	31
C		Affections éruptives	58
		Fièvre intermitt.	11
Choléra	145	Fièvre typhoïde.	46
Peur du choléra	11	Hémorrhagies de causes internes et externes.	89
Affections et troubles gastro-intestinaux	237	**G**	
Cholérine.	273		
Dysenterie	2	Plaies. Contusions.	94
Athrepsie.	19	Fractures. Luxations. Entorses	41
Coliques hépatiques, néphrétiques, saturnines.	83	Brûtures	6
Hernie étranglée	22	Empoisonnements	13
Rétention d'urine	32	Pustule maligne.	2
Orchite	4	Asphyxie par le charbon	4
Phimosis	1	Suicide	6
D		**H**	
Métrite. Métro-péritonite	43	Mort à l'arrivée du médecin	63
Métrorrhagie	43		
Fausse-couche	65		
Accouc. Délivrance	284	Total.	2604

La moyenne des visites par nuit est de 28 30/100.
Pour le trimestre correspondant de l'an dernier, elle était de 19 27/100.
Les hommes entrent dans la proportion de 52 0/0.
Les femmes — — de 55 0/0.
Les enfants au-dessous de 3 ans, 12 0/0.

Visites du 4e trimestre de 1883		1.773
—	— 1884.	2.604
Différence en plus.		831

(Le mois de novembre comprend à lui seul 1.185 visites.)

RÉSUMÉ POUR L'ANNÉE 1884.

	Hommes.	Femmes.	Enfants au-dessous de 3 ans.	Total.
1er Trimestre.	633	1.017	282	1.932
2e Trimestre.	555	907	268	1.730
3e Trimestre.	880	1.256	310	2.446
4e Trimestre.	936	1.364	304	2.604
	3.004	4.544	1.164	8.712

PROGRESSION DU SERVICE DEPUIS SON ORGANISATION.

1876. 1re année, 3.616 visites de nuit.
1877. 2e année, 3.312 visites de nuit.
1878. 3e année, 3.571 visites de nuit.
1879. 4e année, 5.282 visites de nuit.
1880. 5e année, 6.341 visites de nuit.
1881. 6e année, 6.521 visites de nuit.
1882. 7e année. 6.891 visites de nuit.
1883. 8e année, 9.895 visites de nuit.
1884. 9e année, 8.712 visites de nuit.

Le service est assuré par 739 médecins et 308 sages-femmes.

Thèses de la Faculté de Médecine.

Jeudi 29. — M. Lemoyne. Ostéomyelite chez les adultes. — M. Mavel. De l'exentération du globe oculaire. — *Samedi* 31. — M. Duchesne. Contribution à l'étude des iodiques. (Leur action sur la nutrition générale et leur mode d'élimination). — M. Meige. Recherches sur les variations de l'urée du sang dans différentes maladies et en particulier dans la rétention d'urine.

(1) Le *traumatisme* pris dans un sens très général et embrassant toutes les causes d'irritation (même fonctionnelle), paraît jouer un rôle très évident dans le développement des tumeurs carcinomateuses, lèvres, pharynx, partie rétrécie de l'œsophage, cardia, pylore, vésicule biliaire (calculs), rectum, col de l'utérus (toutes parties soumises à des frottements réitérés par leur disposition anatomique), scrotum (ramoneurs), verge, glandes mammaires (traumatismes nombreux produits non seulement par les coups si fréquemment accusés, mais encore par les vêtements, le fonctionnement de l'organe, les manipulations diverses, etc., etc.). Nous rappellerons, à propos de l'estomac, la fréquence de la carcinose miliaire, comme forme secondaire.

(2) Nous renvoyons aux *Traités de médecine légale* et de *toxicologie* pour l'étude des lésions qui se rencontrent dans le canal digestif à la suite des empoisonnements.

(3) En ce qui concerne ceux-ci on a déjà pu par le toucher, lors de l'examen externe, en constater la présence non seulement dans les canaux, mais encore dans la vésicule biliaire.

AVIS A NOS ABONNÉS. — *Nous avons l'honneur de prévenir nos abonnés dont l'abonnement est échu au 31 décembre* 1884, *que nous remettrons* **le 1er février** *nos quittances à la poste pour l'année* 1885. *Elles seront augmentées d'un franc pour frais de recouvrement. Nous engageons vivement nos abonnés à nous envoyer d'ici là, pour éviter ces frais, le montant de leur renouvellement. Nous prions ceux de nos abonnés qui ont des numéros à nous demander, de nous les réclamer avant le* 15 *février.*

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 11 janvier au samedi 17 janvier 1885, les naissances ont été au nombre de 1192, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 411; illégitimes, 173. Total, 584. — *Sexe féminin* : légitimes, 452 ; illégitimes, 156. Total, 608.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1881, 2.225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 11 janvier au samedi 17 janvier 1885, les décès ont été au nombre de 1227 : savoir : 648 hommes et 585 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Choléra : M. .. F. .. T. .. — Fièvre typhoïde : M. 12. F. 5. T. 17. — Variole : M. 1.. F, 1, T. 2. — Rougeole : M. 17, F. 16, T. 33. — Scarlatine : M. 1, F. 1, T. 2. — Coqueluche : M. 2. F. 3. T. 5. — Diphthérie, Croup. M. 17, F. 21, T. 38. — Dyssenterie : M. .. F. ., T. .. — Erysipèle : M. 5, F. ., T. 5 — Infections puerpérales : 3 — Autres affections épidémiques : M. ., F. ., T. .. — Méningite tuberculeuse et aiguë : M. 18, F. 25, T. 43. — Phthisie pulmonaire : M. 101, F. 97. T. 198. — Autres tuberculoses : M. 19, F. 6. T. 25. — Autres affections générales : M. 44, F. 42. T. 86 — Malformations et débilité des âges extrêmes : M. 29, F. 46. T. 75 — Bronchite aiguë : M. 31 F. 21, T. 52. — Pneumonie : M. 58, F. 48, T. 106 — Athrepsie : M. 26. F. 22 T. 48. — Autres maladies des divers appareils : M. 233. F. 217, T. 450. — Après traumatisme : M. ., F. ., T. .. — Morts violentes : M. 18, F. 5. T. 23. — Causes non classées M. 10, F. 6, T. 16.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 102 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 38 ; illégitimes, 14. Total : 52. — *Sexe féminin* : légitimes, 31 ; illégitimes, 19. Total : 50.

Faculté de médecine de Paris. — Par arrêté ministériel en date du 12 janvier, M. Charrin, préparateur du laboratoire de pathologie et de thérapeutique générale de la Faculté est nommé chef dudit laboratoire.

Société de chirurgie. — La séance annuelle de la Société de chirurgie aura lieu le mercredi 28 janvier 1885, à 3 heures et demie. Ordre du jour : 1° Allocution de M. Marc Sée, président ; 2° Compte rendu des travaux de l'année 1884, par M. L. Championnière, secrétaire annuel ; 3° Eloge de M. le professeur Sédillot, par M. Horteloup, secrétaire général ; 4° Proclamation des prix pour l'année 1884.

Nécrologie. — Le Dr A. Chéreau, bibliothécaire de la Faculté de médecine, vient de succomber à la suite d'une longue maladie. Né à Bar-sur-Seine (Aube), le 23 août 1817, il était reçu docteur à Paris en 1841. Nous avons de lui : *De l'anasarque consécutive à la scarlatine* (thèse) ; — *Mémoire pour servir à l'étude des maladies des ovaires* (1845) ; — *Monomanie du suicide* ; — *Essai sur les origines du journalisme médical français*, etc. (1867) ; — *Le Parnasse médical français* (1874) ; Premiers principes de médecine par Archibald Billing's (trad. de l'anglais, 1847). Il a en outre collaboré à l'*Union médicale*, au *Bulletin du bibliophile* et au *Dictionnaire de Dechambre*. Nommé bibliothécaire en 1877, il ne sut pas introduire dans l'Administration de la bibliothèque les réformes depuis longtemps réclamées, et fit preuve d'un esprit routinier. Cette mauvaise gestion est sans nul doute due à son incomplète connaissance des progrès réalisés à l'étranger, surtout en Allemagne. Nous espérons que dans le choix de son successeur l'on tiendra compte non seulement des aptitudes des candidats, de leur savoir en littérature étrangère, mais encore que l'on s'enquerrera de leurs projets de réforme, et que ce choix tombera sur un homme décidé à pourvoir notre bibliothèque de tous les principaux travaux étrangers, et en faire la rivale des bibliothèques des Universités des pays voisins. Nous reviendrons du reste prochainement sur ce sujet et nous signalerons quelles seraient, à notre avis, les principales réformes à y introduire.

Chronique des hôpitaux.

Hôtel-Dieu. — *Chirurgie.* — Service de M. Tillaux. — Visites à 8 h 3/4. Cliniques, lundi, mercredi, vendredi. — Salle Saint-Côme (H.) : 2, ostéotomie double des femmes ; 3, abcès froid de la fosse iliaque externe ; 4, rétrécissement de l'urèthre ; 8, rétrécissement de l'urèthre, poches urineuses ; 12, empyème, fistule pleurale ; 12 *bis*, épithélioma de la voûte palatine ; 14, épididymite blennorrhagique ; 21, rétrécissement partiel du rectum, fistules périnéales ; 23, opération d'Estlander. — Salle Sainte-Marthe (F.) : 2, goître ; 4, metrite, myringite ; 7, péritonite enkystée, ouverture dans le rectum et la vessie ; 14, fistule de la bourse séreuse de Boyer ; 17, arthrite du genou ; 19, polypes intra-utérins ; 20, coccygodynie ; 23, kyste sanguin de la parotide ; 24, résection du nerf spinal.

Médecine. — Service de M. Bucquoy. — Visite à 8 1/2. — Salle Saint-Thomas (H.) : 1, tumeur cerebrale, amaurose double, hémiplégie gauche ; 3, cancer de l'œsophage ; 4, emphysème, cœur forcé ; 5, fracture de la colonne vertébrale, paraplégie ; 7, anévrysme de la crosse de l'aorte ; 10, mal de Bright ; 14, néphrite interstitielle ; 17, carcinome stomacal ; 18, pneumonie catarrhale ; 19, pneumonie tuberculeuse ; 22, pleurésie ; 25, saturnisme, goutte. — Salle Sainte-Anne (F.) : 2, carcinome stomacal ; 11, rhumatisme articulaire, endocardite, congestion pulmonaire ; 12, arthrite ; 17, mal de Bright, pleurésie ; 20, chlorose, gastralgie ; 21, ataxie locomotrice ; 22, tuberculose, pleurésie gauche ; 23, hystérie, mal de Bright ; 26, rétrécissement mitral, embolie ; 27, syphilis ; 28, cystite, hématurie ; 28 *bis*, fibrome utérin ; 30, hémiplégie gauche, paralysie du moteur oculaire commun droit ; 32, affection cardiaque, 33, thrombose cérébrale ; 34, fibrome utérin. — La visite commence à 8 h. 1/2 La consultation a lieu le samedi.

Service de M. Empis. Visite à 7 h. 1/2. — Salle Sainte-Madeleine (F.) : 2, tuberculose pulmonaire ; 4 *bis*, bronchite, 2, 5, 6, 24, 29, tuberculose pulmonaire ; 10, phlegmatia alba dolens, 19, rhumatisme chronique ; 27, cirrhose atrophique, ascite. — Salle Saint-Charles (H.) : 1, polype du larynx, trachéotomie ; 2, insuffisance mitrale ; 8, 10, 16, 17, 22, tuberculose pulmonaire ; 11, hémiplégie ; 13, sciatique ; 18, fièvre typhoïde ; 23, colique hépatique.

Service de M. Moutard-Martin. — Visite à 9 heures. — Salle Sainte-Monique (F.) : 4, phlegmon du ligament large ; 6, néphrite parenchymateuse, urémie gastro-intestinale ; 9, asphyxie locale des extrémités ; 11, polyurie, tumeur cérébrale ; 15, rein flottant ; 21, rhumatisme chronique. — Salle Saint-Augustin (H.) : 3, ataxie locomotrice, amblyopie ; 4 *bis*, rhumatisme articulaire aigu ; 5, rétrécissement mitral ; 6 *bis*, sciatique ; 7 *bis*, myélite transverse ; 8, dégénérescence graisseuse du cœur ; 9, pneumonie ; fièvre typhoïde ; 18, bronchite chronique, emphysème ; 18 *bis*, maladie de Ménière ; 20, fièvre typhoïde, ataxo-adynamique ; 23, paralysie spinale aiguë.

Service de M. Gallard. — *Médecine.* Visite à 9 heures. Consultation et spéculum le jeudi. — Salle Saint-Louis (H.) : 1, néphrite interstitielle ; 6, myélite diffuse ; 12, mal de Bright ; 16, carcinome de l'estomac ; 17, fièvre typhoïde ; 22, colique hépatique. — Salle Sainte-Marie (F.) : 2, hypertrophie sus-vaginale du col utérin ; 12, phlegmon du ligament large, compression des vaisseaux du membre inférieur ; 18, rétrécissement du rectum, fistule recto-vaginale ; 21, pyélo-néphrite suppurée ; 36, grossesse utérine ; 40, tumeur inflammatoire péri-utérine, grossesse probable.

Actes de la Faculté de Médecine.

Lundi 26. — 2e *de Doctorat* : MM. Potain, Fournier, Segond. — 3e *de Doctorat* : MM. Gautier, Gariel, Lutz. — 3e *de Doctorat* (N. R., oral, 1re partie) : MM. Tarnier, Lannelongue, Terrillon.

Mardi 27. — 2e *de Doctorat* : MM. G. Sée, Laboulbène, Campenon. — 4e *de Doctorat* : MM. Peter, Proust, Hutinel. — 5e *de Doctorat* (A. R.,) (Charité). 1re *Série* : MM. Pajot, Le Fort, Debove ; — 2e *Série* : MM. Hardy, Duplay, Charpentier.

Mercredi 28. — 3e *de Doctorat* (N. R., oral, 1re partie) : MM. Verneuil, Lannelongue, Ribemont-Dessaignes. — 3e *de Doctorat* : MM. Regnauld, Baillon, Hanriot.

Jeudi 30. — Dissection (Epreuve pratique) : MM. Sappey, Cornil, Humbert. — 2e *de Doctorat* (N. R., 2e partie) : MM. Ball, Proust, Raymond.

Vendredi 29. — 1er *de Doctorat* : MM. Guyon, Joffroy, Reynier. — 2e *de Doctorat* (N. R., oral, 1re partie) : MM. Charcot, Hayem, Kirmisson. — 3e *de Doctorat* : MM. Regnauld, Damaschino, Guebhard. — 5e *de Doctorat* (N. R., 2e partie) (Charité) : MM. Vulpian, Fournier, Straus. — 5e *de Doctorat* (A. R.) (Charité) : MM. Trélat, Potain, Ribemont-Dessaignes.

Samedi 31. — 1er *de Doctorat*. 1re *Série* : MM. Sappey, Duplay, Peyrot ; — 2e *Série* : MM. Le Fort, Panas, Humbert. — 2e *de Doctorat* (N. R., oral, 1re partie) : MM. Richet, Ball, Campenon. — 3e *de Doctorat* (N. R., 2e partie) : MM. Jaccoud, Laboulbène, Raymond.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

PARIS — IMPR. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71.

13e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. I. N° 5. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 31 JANVIER 1885.

Le Progrès Médical

CLINIQUE CHIRURGICALE

HÔPITAL DE LA CHARITÉ. — M. TERRILLON.
(SUPPLÉANT M. GOSSELIN).

Abcès froids des parois thoraciques.

Leçon recueillie par M. le Dr ROUTIER, chef de clinique.

Messieurs,

Le hasard a réuni en ce moment dans nos salles trois exemples d'une maladie qui certes n'est pas très rare, mais qui, cependant, n'est bien connue que depuis quelques années ; je veux parler des abcès froids des parois thoraciques. Ceux d'entre vous qui suivent mon service depuis quelque temps se rappelleront sans peine ce malheureux jeune homme, mort au n° 6 de la salle Sainte-Vierge, dont l'autopsie nous a permis de vous montrer l'anatomie pathologique de cette maladie.

Les malades que nous avons en ce moment sont trois jeunes femmes couchées salle Ste-Catherine. Je commencerai par vous raconter l'histoire de la plus ancienne d'entre elles. C'est cette petite jeune fille blonde, âgée de 17 ans, couchée au n° 19. Elle nous est arrivée il y a environ deux mois et demi dans un état si pitoyable que je n'osais tout d'abord songer à une opération. Cependant, à cause de son âge, je me décidai, et bien m'en a pris, car elle est guérie radicalement de la lésion pour laquelle elle est venue nous consulter. Elle est aujourd'hui en bon état, se lève, se promène et ses lésions pulmonaires elles-mêmes semblent améliorées.

A son arrivée dans le service, on trouvait sur le côté gauche de la poitrine une tuméfaction que recouvrait à peine la main, située dans la ligne axillaire qu'elle dépassait un peu en arrière, limitée en haut par le creux de l'aisselle, en bas par la 6e ou 7e côte, gagnant en avant la région du sein. La peau n'était pas altérée à ce niveau, mais la palpation permettait de reconnaître qu'elle était amincie, et la fluctuation était tellement évidente qu'on sentait bien n'être séparé de la collection liquide que par une faible épaisseur de tissus. Au pourtour de la tuméfaction, circonscrivant la zone fluctuante, on trouvait un bourrelet induré.

Cette affection s'était développée sourdement, sans fracas ; cette enfant avait eu au début des douleurs vagues, puis un point de côté assez violent, le tout avait à peu près disparu et c'est alors que s'était formée cette tumeur. Elle toussait beaucoup, et chaque fois on pouvait constater que la tuméfaction recevait une impulsion, qu'elle se tendait sous l'influence de l'effort thoracique comme si elle avait communiqué directement avec l'intérieur de la cavité pleurale.

Je n'hésitai pas à diagnostiquer un abcès froid des parois thoraciques probablement d'origine costale et présentant sans doute une poche intra et extra thoracique. Cependant on aurait pu croire, au premier abord, à une pleurésie purulente qui venait s'ouvrir au dehors.

En effet, cette jeune fille présentait le plus mauvais état général ; très amaigrie, sans appétit, avec de la fièvre à redoublement vespéral, elle ressemblait beaucoup à ces phtisiques arrivés à leur dernière période ; bien plus, l'auscultation de la poitrine nous dévoilait une bronchite généralisée avec même des signes prédominants dans les deux sommets. Le côté gauche, siège de l'abcès, était mat à la percussion, et la voix de la malade était si faible qu'il n'y avait pas moyen de percevoir les vibrations thoraciques.

En face de cet état général, vous vous le rappelez, j'hésitai un peu à intervenir ; cependant je me décidai et voici les détails de l'opération que je pratiquai chez elle.

J'ouvris largement la tuméfaction, il s'écoula du pus mal lié, grumeux, en quantité relativement faible par rapport au volume de la tumeur. Je pus, de cette façon, mettre à découvert une poche à parois épaisses, lardacées, tomenteuses. Quand celle-ci fut bien nettoyée, bien débarrassée des fongosités qui la remplissaient, je pus découvrir un orifice conduisant dans une seconde poche intra-thoracique.

Après avoir un peu agrandi cet orifice, j'ai pu, avec la curette et des éponges montées, nettoyer cette seconde poche ; non pas, cependant, autant que j'aurais voulu, mais pour cela faire, j'aurais dû, pour me donner du jour, réséquer une côte et je vous l'ai déjà dit, l'état général de cette malade me faisait redouter une intervention un peu importante.

Je me contentai donc d'une intervention un peu incomplète, pour y remédier dans la mesure du possible, j'établis un bon drainage après avoir touché les parois avec la solution de chlorure de zinc, et je plaçai par-dessus un pansement de Lister.

Les suites de cette intervention ont été des plus simples et des plus heureuses ; la poche extra-thoracique s'est comblée, puis, peu à peu, la partie intra thoracique s'est réduite et enfin s'est fermée ; l'état général, pendant ce temps, s'améliorait d'une façon surprenante, et nous avons eu le plaisir de voir sortir, complètement guérie, cette malheureuse jeune fille que nous avions presque condamnée lors de son entrée.

Les deux autres malades présentent aussi la même affection mais à des degrés divers et beaucoup moins avancée dans tous les cas que chez notre première malade ; l'une d'elles a toutes les apparences de la meilleure santé et si l'abcès qu'elle présente est de nature tuberculeuse, c'est là un bel exemple de tuberculose bien localisée. Je vous présente trois cas de cette affection chez des femmes ; elle serait cependant beaucoup plus fréquente chez les hommes, disent les auteurs, elle a été surtout étudiée chez les jeunes soldats par nos collègues de l'armée.

On peut, pour la commodité de la description, lui assigner trois périodes. Dans la première, on n'observe guère que de la douleur simulant une névralgie intercostale, quelquefois même il y a un vrai point de côté et on a même pu, dans quelques cas, constater l'existence d'une pleurésie. Cette période peut durer plusieurs semaines et même plusieurs mois ; j'ai pu suivre un malade pour lequel je fus appelé en consultation, ce n'est que trois mois après l'apparition des douleurs que l'abcès s'est formé.

Dans la seconde période, il se produit une tuméfaction adhérente à la côte, douloureuse à la pression et augmentant fort lentement. Quand on incise cette tuméfaction dès qu'elle s'est produite, on ne trouve pas de pus, mais seulement des tissus mous, lardacés, très saignants.

Puis vient la troisième période, caractérisée par le ramollissement de la tumeur et la formation du pus. Souvent aussi, avant la formation de l'abcès, il semble que la tumeur se pédiculise, qu'elle se détache des côtes, c'est ce que vous pouvez voir chez nos deux malades de la salle Sainte-Catherine ; tous les deux ont leur tumeur sous le sein gauche, qui paraît relevé, augmenté de volume, et, au premier abord, on pourrait croire à une tumeur de la mamelle ; mais on sent un pédicule qui rattache l'abcès au squelette, et, par un examen minutieux, on se rend compte de l'indépendance de la glande. A mesure que le pus se développe dans la tumeur, celle-ci devient fluctuante.

Dans certains cas, il n'y a que la tumeur extérieure, mais souvent aussi il se fait une cavité profonde, intra-thoracique, un véritable abcès en bouton de chemise.

Quand on examine une tumeur au moment où l'abcès est formé, on constate de la fluctuation et tout autour un bourrelet dur, ce qui n'a rien d'étonnant vu l'épaisseur des parois et la quantité de tissus fibreux périphériques qui entoure ces productions.

Un second symptôme, c'est que lorsqu'on a pratiqué une ponction et qu'on a enlevé le liquide, il se fait une dépression centrale environnée de duretés, formant comme un cercle dur périphérique, et au centre est une partie molle déprimée comme un cratère,

Enfin, quand on tient bien la tumeur appliquée sur la cage thoracique, elle se tend sous l'influence de la toux ou de l'effort.

Ce signe est très trompeur au niveau de la cavité thoracique, on croit tout de suite qu'il y a communication entre l'intérieur du thorax et l'extérieur, qu'il y a un abcès en bouton de chemise, or, ce n'est pas toujours vrai, car l'abcès adossé à l'espace intercostal qui est mou, souple, recevra par là même la poussée excentrique due à la pression pulmonaire.

Cependant, si l'expansion est très nette, on doit penser à l'abcès en bouton de chemise; vous le voyez, c'est une question de plus ou de moins.

Cette poche présente toujours ce caractère d'avoir une partie de sa paroi adhérente au squelette, et presque toujours il existe un petit point de dénudation sur la côte: la paroi est toujours épaisse et formée par une sorte de tissu lardacé propre aux abcès tuberculeux ; il y a souvent des brides qui, quelquefois, cloisonnent l'abcès et le divisent en plusieurs cavités. Du côté du tissu cellulaire et des parties voisines, peu ou pas de désordres, aussi peut-on bien palper l'abcès et saisir les moindres détails de ses connexions.

S'il y a une poche interne, on trouve toujours la plèvre très épaissie, soit que la pleurite ait été primitive ou secondaire.

La communication entre les deux poches est très étroite et souvent difficile à trouver.

Tous ces détails qui peuvent vous paraître minutieux, sont cependant intéressants à connaître, votre intervention s'en ressentira, car vous comprendrez que les parois de ces poches soient difficiles à modifier par le simple drainage, et que la poche interne est plus difficile encore à atteindre et à guérir. Enfin, quand la côte est dénudée, la guérison est d'autant plus longue à obtenir.

En un mot, et pour résumer ce que nous avons dit, il y a trois variétés d'abcès : les abcès sus-costaux ou extra-thoraciques, en rapport seulement avec la face externe du périoste ; les abcès sous-costaux qui s'ouvrent aussi au dehors, mais qui ont décollé le périoste costal; les abcès avec deux poches, l'une intra, l'autre extra-thoracique. Cliniquement, il n'y a guère que la première et la dernière variété. Il est certain que, chez quelques malades, c'est par le côté interne que commence la lésion, mais cette période de la maladie nous échappe à cause de son siège.

Je crois que dans tous les cas où il y a une poche double, quand il y a eu une longue période de douleur, c'est par la lésion profonde que tout a débuté, il est en effet difficile de comprendre la perforation d'un espace intercostal par une collection superficielle; nous savons que tous les abcès tendent naturellement à se faire jour au dehors.

Voyons maintenant quelle est la marche ultérieure et quel est le pronostic de cette affection. C'est très variable, et nous retrouvons trois ordres de faits.

1° Dans certains cas, on voit des poches volumineuses qui guérissent par des ponctions successives. On les vide quatre ou cinq fois, à chaque ponction on retire moins de pus; enfin, il ne s'en produit plus. L'intervention ici est minime et peu dangereuse, mais c'est l'exception. Cependant les chirurgiens militaires disent qu'ils rencontrent souvent cette forme.

2° Dans une deuxième série de cas, on voit des abcès ouverts spontanément ou simplement ponctionnés et qui restent fistuleux.

La fistule ne tarit pas, elle laisse écouler une quantité variable de pus, mais vous comprendrez l'impossibilité presque absolue de sa guérison spontanée, si vous vous rappelez ce que je vous disais en décrivant l'anatomie pathologique de l'affection. Les fongosités, l'épaisseur de la poche sont un obstacle permanent à l'effacement de la cavité.

3° Enfin, et ce sont encore des cas fréquents, on observe des abcès à poussées successives, à répétition.

Après l'ouverture d'un premier abcès qui reste fistuleux, il se produit dans le voisinage un gonflement dur et douloureux, une élévation de la température et il se forme un nouvel abcès tantôt en communication avec le premier, tantôt complètement indépendant.

La paroi thoracique arrive ainsi à être criblée de fistules.

Le diagnostic est moins facile qu'on ne pourrait le penser. La première erreur consiste à croire à l'existence d'une simple névralgie; et elle est presque inévitable au début, car il n'y a pas d'autres signes que la douleur; cependant, chez un jeune malade, quand, au lieu de trouver les points douloureux, si bien décrits par Valleix pour la névralgie intercostale, on trouve un point fixe sur une côte, il faut se méfier de l'abcès et savoir attendre pour formuler son diagnostic. Le point pleurétique peut encore tromper; mais ce point ne persiste pas sans s'accompagner d'autres signes; donc c'est le point douloureux persistant qui sera important.

Quand il y a tumeur, le diagnostic est plus facile; tout au plus une affection syphilitique des côtes ou du sternum, rare sur les côtes, plus fréquente sur le sternum pourrait-elle donner le change. A la rigueur, un lipome adhérent aux parties profondes pourrait vous induire en erreur. Cependant, l'adhérence à la côte, la douleur, vous empêcheront de vous tromper, vous aurez toujours du reste la ressource de la ponction exploratrice.

L'abcès est formé, on ne peut le confondre qu'avec un abcès venu de loin ou développé dans les organes voisins, ainsi chez notre malade, l'abcès paraît être développé dans la mamelle, je vous ai dit comment on faisait le diagnostic.

Quelquefois, enfin, on peut croire à une pleurésie purulente ouverte à l'extérieur ; mais ce sont des cas fort rares que les pleurésies qui s'ouvrent ainsi au dehors, à travers un espace intercostal ; le plus souvent le poumon est ulcéré et on observe une vomique.

Enfin, des abcès venus de la colonne vertébrale peuvent simuler ceux que nous décrivons ici, la recherche des points douloureux, l'étude minutieuse des antécédents mettent à l'abri de toute erreur.

Il nous reste à étudier l'origine probable de ces collections et à vous indiquer leur traitement. C'est relativement depuis peu de temps que l'attention des chirurgiens s'est attachée à cette question ; deux grandes opinions sont en présence. Le premier, un chirurgien militaire, le Dr Leplat, fit paraître un long mémoire dans les archives générales de médecine pour l'année 1865; où il montrait la coïncidence des affections thoraciques de la pleurésie surtout avec ces collections. Bien plus, la pleurésie, pour cet auteur, précédait l''abcès d'un temps plus ou moins long.

Cette coïncidence parut si fréquente à M. Leplat qu'il en conclut que cet abcès était une propagation de l'inflammation de la plèvre aux parties voisines. Cette explication n'est pas très satisfaisante et se trouve en contradiction avec ce que nous savons de pathologie générale ; le contraire serait plus vraisemblable.

Quelques années plus tard, MM. Gaujot et Duplay ont cherché l'origine de ces abcès dans le périoste, et pour expliquer la formation de l'abcès, ils ont fait intervenir la partie superficielle de cette membrane parce qu'ils avaient rarement trouvé la côte à nu.

Aussi Duplay a-t-il appelé cette affection de la périostite externe. Ce serait donc la partie fibreuse du périoste qui s'enflammerait, aussi comprend-on l'adhérence à l'os et la non-dénudation de celui-ci.

Cette manière d'expliquer la formation du pus a une certaine importance, parce que M Duplay a montré que ce genre d'abcès était très fréquent non seulement vers les côtes, mais sur tous les os du squelette, sur le tibia, le fémur, le cubitus, le radius. Cependant il faut savoir que sur dix de ces abcès, sept au moins communiquent avec l'os ; pour expliquer la dénudation osseuse, cet auteur dit alors que le périoste s'est perforé secondairement.

J'avoue que je suis ici d'un avis contraire à celui du savant professeur ; dans l'immense majorité des cas, toutes les fois qu'un abcès communique avec un os, nous savons que le plus communément, c'est l'os qui a été primitivement malade. Enfin, ces abcès se développent à peu près de la même façon que ceux qui succèdent à la fièvre typhoïde et que nous avons déjà étudiés ici ; or, vous savez que c'est toujours une ostéo-périostite qu'on observe.

Il faut donc rapprocher tous ces faits et voir dans ces lésions des maladies locales du squelette succédant à un état général.

Dans certains cas, cependant, on peut trouver une cause traumatique, souvent, il est vrai, bien minime ; c'est ainsi qu'on note un choc, des efforts de toux, etc.

Mon maître, M. Verneuil, a voulu faire intervenir un facteur nouveau et souvent, a-t-il dit, ces abcès ne seraient que le résultat de l'inflammation suppurative des bourses séreuses anormales existant entre les côtes et les digitations musculaires qui s'y insèrent. Je crois qu'il a abandonné cette étiologie qui, du reste, ne nous expliquerait pas mieux la dénudation des os.

Nous nous rattachons donc à l'idée d'une ostéite de cause générale présentant seulement une évolution un peu spéciale.

Quelle que soit la pathogénie de ces abcès, ce qui nous importe le plus et ce que je dois surtout vous enseigner ici, c'est la manière de les guérir.

Or deux cas peuvent se présenter : ou l'abcès est petit et vous assistez pour ainsi dire à son évolution, ou bien il est déjà volumineux quand vous le voyez et il y a même possibilité d'existence d'une poche intra-thoracique.

Quand ces abcès sont petits, qu'ils se sont développés lentement, on peut espérer la guérison par des ponctions répétées plus ou moins souvent.

C'est donc là la première règle de conduite à tenir ; mais si, comme cela arrive souvent, la ponction ne les guérit pas, soit parce que la poche est trop épaisse, soit parce que l'os est trop malade, il faut faire autre chose, et se comporter comme dans les cas que comprend notre seconde hypothèse.

On ne peut pas se contenter d'ouvrir ces abcès, il faut modifier la poche, la gratter, la détruire en un mot. J'ai pu ainsi guérir un jeune homme chez lequel les parois de l'abcès avaient bien l'épaisseur du doigt. Chez lui, l'ouverture simple n'aurait pas suffi et aurait pu même amener des accidents de septicémie.

Quand il y a dénudation osseuse, il ne faut pas craindre d'aller gratter l'os malade et faire au besoin une résection costale.

Enfin, quand il y a une poche intra-thoracique, quand l'abcès est en bissac, il ne suffira pas d'agir sur la poche externe, il faudra réséquer une côte au besoin pour agir directement sur la poche profonde. Ne soyez pas craintifs, ne redoutez pas l'intervention active, car si on laisse évoluer la maladie, ces abcès s'ouvrent, deviennent fistuleux et ces fistules sont intarissables ; la suppuration continue, fatigue les malades, les épuise, et sans parler des accidents septiques qui peuvent survenir, conduit ces sujets au dernier degré d'émaciation et à la mort.

Resterait enfin une question à examiner, celle de la nature intime de ces lésions de l'ostéite. L'abcès est-il tuberculeux ? Chez notre petite malade qui va si bien aujourd'hui, nous avons trouvé des bacilles dans les parois de la poche de l'abcès, il n'y a rien là qui nous étonne, car elle était franchement tuberculeuse par ses poumons ; l'examen clinique, fait aujourd'hui, ne permettrait plus d'être aussi affirmatif si on ne connaissait pas son passé.

Chez nos deux autres malades, si l'abcès est tuberculeux, c'est encore de la tuberculose locale ; autre indication pour les en débarrasser totalement, et les empêcher, si faire se peut, d'être infectées par la généralisation de l'affection.

ASILE DES CONVALESCENTS. — Par arrêté ministériel en date du 3 janvier 1885, il est créé à Paris un établissement complémentaire annexé à l'Asile national de Vincennes, où les ouvrières convalescentes seront reçues momentanément à leur sortie de cet asile. Le dit établissement sera installé dans un bâtiment spécial que l'hospice national des Quinze-Vingts fera édifier à ses frais. Le même hospice pourvoira à l'ensemble des divers services nécessaires au fonctionnement de l'œuvre nouvelle.

BUREAU D'HYGIÈNE A PAU. — La Ville de Pau vient de créer un bureau d'hygiène dont la direction a été confiée à M. le Dr de MUSGRAVE-CLEY.

CLINIQUE MENTALE

Des anomalies, des aberrations et des perversions sexuelles (1) ;

Par **MAGNAN**, médecin de l'Asile Saint-Anne.

Ce qui domine dans tous ces faits, c'est l'idée obsédante de l'homme pour l'homme, de la femme pour la femme ; le point de départ est d'origine essentiellement cérébrale ; c'est en quelque sorte le cerveau d'une femme dans le corps d'un homme et le cerveau d'un homme dans le corps d'une femme. Mais la clinique nous ménage des anomalies encore plus étranges, puisque l'instinct sexuel peut prendre pour objectif, tantôt le *tablier blanc* devenu pour le patient une amante adorée, tantôt, comme dans une observation de M. Blanche, les clous de la semelle d'un soulier de femme, tantôt le bonnet de nuit coiffant la tête ridée d'une vieille. Qu'il nous suffise de donner un résumé de l'observation de ce dernier malade qui, désespéré, les larmes aux yeux, m'avait fait connaître les pénibles obsessions qui le subjuguent. Il appartient à une famille d'excentriques, et le père, entre autres bizarreries, s'essuie habituellement le visage avec une peau de lapin.

Grâce aux antécédents héréditaires, dès l'âge de 5 ans, il a été sous le coup d'une obsession qui ne l'a pas quitté. Il couchait à ce moment avec un parent âgé de 30 ans, et il éprouvait de l'excitation génitale et de l'érection dès que son compagnon de lit mettait le bonnet de nuit. Vers la même époque, ayant vu une vieille servante se déshabiller, il a ressenti la même excitation et l'érection quand celle-ci plaçait sa coiffe de nuit sur la tête. Plus tard, l'idée seule d'une tête de vieille femme ridée et laide, mais coiffée d'un bonnet de nuit, provoquait l'organisme génital. Il n'a jamais recherché les rapports anormaux ; il affirme que les nudités de l'homme ou de la femme le laissent absolument froid. Jusqu'à trente-deux ans, époque de son mariage, il n'aurait pas eu de relations sexuelles ; il épouse une demoiselle de 24 ans, jolie et pour laquelle il éprouvait une vive affection. La première nuit des noces, il reste impuissant à côté de sa jeune femme ; le lendemain, la situation était la même lorsque, désespéré, il évoque l'image de la vieille femme ridée, couverte du bonnet de nuit ; le résultat ne se fait pas attendre, il peut immédiatement remplir ses devoirs conjugaux. Depuis cinq ans qu'il est marié, il en est réduit au même expédient, il reste impuissant jusqu'au moment où le souvenir rappelle l'image favorite. Il déplore cette singulière situation qui le force, dit-il, à *la profanation* de sa femme. Il éprouve, de temps à autre, des périodes de dépression avec des idées de suicide, et presque toujours des appréhensions, des craintes non motivées, telles que celles de l'effondrement d'un mur ou des maisons qu'il longe.

Dans les faits qui précèdent, l'idée obsédante provoque l'éréthisme génital ; il n'en est pas toujours ainsi, et une obsession peut aussi exercer un véritable pouvoir d'arrêt sur l'acte sexuel.

Tel est le cas d'un élève des Beaux-Arts, âgé de 21 ans, dont l'observation mérite de nous arrêter quelques instants. Comme tous les dégénérés affectés de *stigmates psychiques* (syndromes épisodiques de la folie héréditaire) (2), il puise dans l'hérédité sa disposition maladive ; sa mère est très nerveuse, le père méticuleux s'alarme parfois hors de propos, redoutant pour les siens des accidents que rien ne justifie. Le frère aîné est atteint d'un tic de la face, et le second, âgé de 24 ans, est convalescent aujourd'hui d'un accès de délire mélancolique pour lequel il a dû passer six mois dans une maison de santé. Quant à lui, de 12 à 14 ans, il se livre à l'onanisme, il devient triste, très impressionnable, recherche la solitude et éprouve une grande fatigue à coordonner ses idées et à poursuivre ses études.

Dans cet état de souffrance morale, il rêve une nuit qu'il est frappé de la foudre, il en est très préoccupé au réveil, et, à partir de ce moment, il se sent très effrayé à l'approche d'un orage. Un soir, au moment de se mettre au lit, il déplace ses pantoufles, c'est, dit-il, le premier acte insensé que j'ai commis, je croyais ainsi me préserver de la foudre. Comment cette idée m'est-elle venue ? Je n'en sais rien. Toutefois, quand on insiste, il raconte qu'il a été probablement poussé à l'idée de ce contact par la lecture dans les Ecritures de miracles tels que la résurrection des morts, la multiplication des pains par l'apposition des mains du Christ. C'est dans ce même ordre d'idées qu'il attribuait à certains mots une influence préservatrice et pour conjurer un malheur, il prononçait les mots *tombeau, linceuil, bière*, etc.

Bientôt lui vint à l'esprit l'idée de la fatalité du nombre 13 et, quelquefois avant de se coucher, il touchait 13 fois sa table de nuit, ou 13 objets différents épars dans sa chambre. Peu à peu il lui est arrivé de répéter plusieurs fois de suite ces 13 contacts et finalement il passait des nuits entières, harassé de fatigue, à parcourir la chambre pour satisfaire ce besoin de toucher les objets. Le nombre 13, à partir de ce moment, s'impose à son esprit à l'égal d'un tic et intervient en dehors de sa volonté. Il évite de mettre 13 mots dans une phrase et s'il en a écrit 12, sans compléter le sens, il se hâte d'en ajouter au moins deux pour dépasser 13, par crainte que le treizième ne soit cause d'un malheur. Il en est de même pour le langage, il compte de manière à éviter des phrases de 13 mots. Ce travail ridicule devient fatigant et le détourne de toute occupation sérieuse. Le passage suivant extrait d'une note qu'il m'avait remise permet de suivre le singulier raisonnement qui l'a poussé plus tard à adopter certaines formules en guise de talisman protecteur. « Ne pouvant par le raisonnement vaincre ces obsessions, je mis à profit, dit-il, le nombre 13 comme engin de combat. Et, parlant en moi-même comme si le monde m'était soumis : Si je fais d'ici à demain un seul acte superstitieux, me dis-je un soir en moi-même, que toutes ces étoiles que je vois, soient 13. Et, en même temps, je m'imaginais au-dessus de ma tête, tous les astres changés en nombre 13, composés d'une infinité de molécules, ayant pour essence le nombre 13. Je ne comprenais pas bien ce que pouvait vouloir dire une *étoile* 13, mais j'avais une telle horreur du nombre 13 que je ne fis pas d'actes absurdes jusqu'au lendemain. Le procédé ayant réussi, j'en usais tellement qu'il ne réussit plus à la longue. J'en inventais un autre s'emblable et je dis en moi-même : Que Dieu soit 13 si je fais un seul acte superstitieux d'ici demain ! Imaginer Dieu 13 n'était pas plus absurde que d'imaginer les étoiles du ciel ayant pour essence le nombre 13. Et puis, absurde ou non, je ne raisonnais plus. Cette idée de Dieu m'effrayait et cela a suffi pour m'empêcher pendant quelque temps de me livrer à des actes ridicules. »

De temps à autre l'état du malade s'aggrave et il associe le nombre 13 à une foule d'autres mots auxquels il donne une signification et une valeur particulières, Erreur 13, Vérité 13, etc. Si, après avoir dit mentalement Erreur 13, il ne prononçait pas mentalement Vérité 13, tout ce qui l'entoure, croit-il, ne serait qu'un monde imaginaire et il prendrait pour vrai ce qui est faux. Il est ainsi parfois obligé de répéter la formule *Dieu 13*, non plus mentalement, mais réellement au fond du gosier ; il ferme la bouche, contracte les muscles du pharynx de manière à faire passer, dit-il, de bas en haut, à travers le crâne, la formule *Dieu* 13 et il lui arrive de la répéter jusqu'à cent fois dans un quart d'heure. Ce qui est plus étrange, dit-il, dans cette manie, c'est que je ne crois guère à l'existence de Dieu et que je suis très sceptique en matières religieuses.

Quoi qu'il en soit, ces obsessions pèsent d'un grand poids sur son existence et interviennent dans la plupart des actes de sa vie. Au point de vue spécial qui nous occupe, ce psychopathe m'a appris que cet état mental lui interdit toute approche sexuelle. Dès qu'il se prépare à entrer en conversation intime avec sa maîtresse, la formule, *Dieu 13*, surgit dans son esprit

(1) Voir *Progrès médical*, nos 3 et 4.

(2) Magnan. — *Les délirants chroniques et les dégénérés* (*Gaz. des Hôpit.*, nos 22 et 26 avril 1884).

et glace sa virilité. C'est là un résultat inverse, quoique le mécanisme soit le même, à ce que produit chez l'autre héréditaire l'idée de la tête de vieille coiffée du bonnet de nuit. Chez ce jeune homme, l'aggravation de ces phénomènes qui se produit de temps à autre, est suivie de découragement, de désespoir et aussi d'idées de suicide.

Il n'y a pas lieu en ce moment de discuter la valeur séméiologique de pareilles formules, de tics psychiques de ce genre, mais on ne doit pas ignorer que leur existence est la consécration de troubles intellectuels déjà profonds, et pour le dire en passant, les psycopathes qui les présentent ont cessé depuis longtemps, d'être des candidats à la folie, ils en ont franchi les frontières et occupent une place incontestable dans le domaine vésanique. Aussi, l'étude approfondie de ces faits est-elle d'une importance capitale pour la médecine légale.

Il existe enfin un quatrième groupe.

Cérébraux antérieurs ou *psychiques*. — Dans ce groupe, on ne connaît plus les instincts inférieurs, on devient même indifférent à l'instinct de la génération; la moelle, le cerveau postérieur restent silencieux; on est installé en pleine région frontale, dans le domaine de l'idéation. C'est l'amour sans désirs vénériens, en dehors de toute préoccupation charnelle. Ce sont des platoniques, des extatiques, des érotomanes, en donnant à ce mot la signification précise que lui avait assignée Esquirol. Les observations de ce genre ne sont pas rares, mais il suffira de rappeler trois cas parmi ceux que j'ai eu l'occasion d'examiner.

Mlle C..., âgée aujourd'hui de 47 ans, d'une intelligence au-dessous de la moyenne, fille d'une mère névropathe, est fiancée à 24 ans à un jeune homme qu'elle refuse. Mlle C... n'avait paru nullement préoccupée de cet événement ; elle avait d'ailleurs, peu de goût pour le mariage et elle avait depuis répondu négativement à plusieurs demandes.

A 30 ans, elle devient triste, silencieuse, recherche la solitude, se reproche d'avoir repoussé son fiancé et elle s'imagine que Léon, c'est le nom de celui-ci, a été tellement affecté de ne pouvoir l'épouser, qu'il a fini par attenter à ses jours. Obsédée de cette pensée, elle ne tarde pas à entendre des voix qui lui parlent de Léon, qui lui reprochent sa dureté pour lui, Malgré les assurances formelles de la famille, lui apprenant que Léon est consolé, qu'il ne pense plus à elle, qu'il est marié et qu'il habite un pays éloigné, elle se récrie, prétend le contraire, gémit sur le sort de cet infortuné dont elle n'avait pas autrefois apprécié le bon cœur, mais qu'elle aime aujourd'hui de toute son âme et qu'elle a rendu, dit-elle, le plus malheureux des hommes. Elle n'aura de repos, ajoute-t-elle, que lorsqu'elle l'aura vu pour lui adresser des excuses et obtenir son pardon. Nuit et jour elle pense à lui, elle l'appelle, fatigue les voisins de ses interrogations : « où est Léon? » Elle reste des heures entières à la croisée pour voir passer son fiancé, elle descend parfois dans la rue dès trois heures du matin et attend sur le trottoir son arrivée. Dès qu'elle aperçoit une voiture, elle accourt, invite le cocher à s'arrêter, ouvre la portière, examine les voyageurs et, après s'être assuré de son erreur, elle s'excuse pleine de confusion et prie de continuer la route. Quelquefois encore, elle s'élance à la suite d'un promeneur, le dépasse, le regarde attentivement et ne revient sur ses pas qu'après s'être convaincue que ce n'est pas Léon. Ces démarches lui ont valu de nombreuses mystifications, mais elle n'en continue pas moins ses recherches. Quand les parents s'opposent à ses extravagances, elle s'irrite, parle de suicide et se livre parfois à des actes de violence. C'est à la suite d'une scène dans laquelle elle avait brisé les vitres de la fenêtre, d'où on l'engageait à se retirer, qu'elle est entrée à Sainte-Anne.

Une fois à l'asile, le calme revient promptement; elle sait, dit-elle, que Léon ne peut pas y venir, et, au bout de quelques jours, elle va travailler à la lingerie et vit tranquillement dans la contemplation de son fiancé. Après plusieurs sorties provisoires, d'abord de quelques heures, puis de journées entières, pendant lesquelles elle parvient à maîtriser son ardeur des recherches, elle obtient son *exeat*. Les premières semaines se passent sans incidents, mais peu à peu elle recommence son manège et ses parents sont forcés de la ramener à l'asile, où elle est entrée neuf fois de 1872 à 1881.

La tenue de cette malade a toujours été très convenable; dans son désir impérieux de voir le fiancé, il n'y a jamais eu que des sentiments platoniques; elle n'a jamais eu l'idée de relations intimes avec lui ni avec d'autres. Elle ne s'est jamais livrée à l'onanisme, et pendant les phases d'excitation, on n'a jamais remarqué ni de gestes ni de paroles obscènes, ni de propension à la nymphomanie. Elle est restée constamment érotomane dans un état d'exaltation amoureuse très chaste.

Dans la seconde observation, il s'agit de M. M..., tailleur âgé de 32 ans, éperdument amoureux de Mlle Van Zandt de l'opéra comique. Le père de ce malade, très bizarre, a toujours cherché fortune par l'extraction à l'aide des procédés les plus primitifs, du métal précieux contenu dans de vieux objets dorés qu'il achetait chez des marchands de bric-à-brac. A la suite de la perte d'un enfant hydrocéphale de 16 mois, mort dans les convulsions, il a quitté sa femme l'accusant d'avoir laissé mourir l'enfant faute de soins. M. M..., laborieux, rangé, s'était fait remarquer lui-même par quelques singularités ; il était vaniteux, avait une haute opinion de son intelligence et parlait à ses parents, à ses amis, d'un ton de supériorité que rien ne justifiait. Il s'occupait d'inventions, de direction de ballons, du vol des oiseaux, sans toutefois abandonner son travail.

Dans le courant de septembre, sa femme part pour le Midi avec la fille qui avait été malade. Resté seul, il va pour se distraire quelquefois au théâtre. A une représentation de *Lakmé*, à l'Opéra-Comique, il lui semble, placé au parterre, qu'il est l'objet de l'attention de Mlle Van Zandt; la cantatrice porte sans cesse les regards dans sa direction. Très ému, il rentre chez lui et ne dort pas ; il a garde de manquer les représentations suivantes ; il s'installe à la même place et se croit remarqué par la jeune actrice. Celle-ci, dit-il, le regarde en plaçant la main sur le cœur, puis elle sourit, et, le regardant toujours, elle porte la main à la bouche ; de son côté, il lui envoie un baiser et elle continue à sourire. Elle part pour Hambourg, il l'apprend par les journaux et explique ce départ par le désir de l'attirer auprès d'elle à Hambourg; mais il résiste, dit-il, et ne fait pas le voyage.

Elle revient et son attitude au théâtre ne varie pas. Elle part pour Nice ; cette fois, il n'y avait plus à douter ; il se décide à la rejoindre. Dès son arrivée, il se présente chez l'actrice, il trouve la mère qui répond que sa fille ne reçoit personne: tout confus, il hésite, il se trouble et se retire balbutiant des excuses. Au bout de huit jours, il revient à Paris, très attristé, craignant d'avoir compromis sa bien-aimée. Celle-ci rentre à Paris plus tôt que ne l'avaient annoncé les affiches. Ce retour prématuré ne peut avoir d'autre cause que le désir de le revoir. C'est ainsi que M. M... interprète tous les actes de la cantatrice.

Il renouvelle ses visites à l'Opéra-Comique et il est de plus en plus convaincu de l'amour de Mlle Van Zandt. Il voit dans un étalage des boulevards une photographie dans laquelle l'actrice, dans son rôle de Mignon, est représentée en pleurs. Pourquoi pleurer? si ce n'est pour lui. Il l'attend à la sortie du théâtre, ou bien encore il va se poster à côté de sa demeure pour la voir quand elle rentrera chez elle, pour apercevoir aussi son ombre sur les rideaux quand elle sera dans son appartement.

Au mois de mai, sa femme revient à Paris, il s'empresse de lui raconter ce qui se passe, son ardent amour pour Mlle Van Zandt: « je sais que j'ai tort, dit-il, mais c'est plus fort que moi; du reste, il me suffit de la voir. » Ces révélations sont suivies de brouilles et de scènes de ménage ; il ne se décourage pas et continue ses visites à l'Opéra-Comique. Il manque deux représentations et, à la troisième, apprenant par l'affiche que

Mlle Van Zandt, indisposée, ne jouera pas, il se croit la cause de cette indisposition; elle ne l'a pas vu, elle ne peut pas continuer. Le lendemain, il va au théâtre ; elle joue plus séduisante, plus aimante que jamais, dit-il ; c'est donc visible, elle a besoin de moi. La pièce finie, il court à la porte de l'actrice. Dès que la voiture arrive, il s'approche voulant remettre une lettre ; un sergent de ville intervient et l'arrête. Chez le commissaire de police on trouve un révolver sur lui et il raconte, avec toutes les apparences de la sincérité, que, désireux de voir Mlle Van Zandt à la sortie du théâtre, il s'attarde dans les rues et a besoin d'une arme pour se protéger contre des attaques nocturnes; il repousse, avec indignation, le soupçon d'une tentative d'assassinat. Il raconte dans les moindres détails, tout ce qui s'est passé, et conclut à la vive affection de Mlle Van Zandt pour lui. Il est conduit à Sainte-Anne dès le lendemain.

Pendant les huit mois d'absence de sa femme, sa conduite a été des plus régulières; son amour pour Mlle Van Zandt est trop pur pour qu'il songe jamais à abuser des sentiments si vifs qu'il a inspirés. Maintenant, s'il désire la voir et lui parler, c'est pour s'expliquer, pour dire à Mlle Van Zandt qu'il l'aime toujours, mais qu'il l'engage à l'oublier, car il n'est qu'un pauvre ouvrier. Il n'a jamais eu d'idées charnelles à son endroit; il avait lu, dit-il, Paul et Virginie, et cet amour chaste et élevé avait pour lui le plus grand charme.

Le troisième érotomane est un jeune élève des Beaux-Arts, dont le casier héréditaire mérite de fixer quelques instants l'attention : la bisaïeule maternelle s'est noyée pendant un accès de mélancolie ; l'aïeule maternelle est mélancolique et présente des phases irrégulières d'excitation; la mère est nerveuse et très méticuleuse. Le père, toujours irritable, est vaniteux et a failli compromettre sa fortune par des acquisitions inutiles et imprudentes. Une sœur du malade présente des tics de la face. Une deuxième sœur est parfois en proie à des scrupules, des craintes, des obsessions, qui constituent tout autant de syndromes épisodiques de la folie héréditaire. Dès son enfance, elle craignait les voleurs, et descendait plusieurs fois, même dans la journée, s'assurer que la porte était close. En chemin de fer, elle était sans cesse inquiète, redoutant un déraillement ; en bateau, au contraire, elle affrontait sans nulle hésitation, les plus gros temps. Au couvent, elle était constamment soucieuse, se figurait ne pas avoir mérité les places que lui valaient ses compositions. Un jour, elle se lamente et se reproche de n'avoir pas tué une mouche qui pouvait être venimeuse et infecter une de ses camarades. Une autre fois, pendant un voyage, elle détache par mégarde dans un wagon, un bouton de coussin; elle a causé ainsi un dommage à la Compagnie du chemin de fer et redoute de communier avant d'avoir envoyé une indemnité. Enfin, elle n'ose uriner dans le vase de sa chambre par respect pour un crucifix et une statuette de la Vierge placés à côté du lit; elle va chaque fois dans la pièce voisine. Elle se livre encore à des lavages fréquents par crainte du poison ou du contact d'objets nuisibles à elle-même ou à d'autres. Elle hésite à déposer des livres de prières sur une table qu'elle n'a pas essuyée préalablement avec du linge très propre. Dans le monde, elle se tient très convenablement et rien ne trahit au dehors les troubles auxquels elle est en proie.

Telle est la famille psychopathique à laquelle appartient le malade dont nous allons nous occuper. De très bonne heure, il se montre bizarre, superstitieux; redoute le nombre 13, n'ose entreprendre aucun voyage, aucun travail le 13, évite ce nombre en toutes circonstances.

Il se livre parfois à des actes étranges dont il n'a jamais voulu donner l'explication, mais dont la cause probable est une idée superstitieuse. Ainsi à table, après avoir découpé la viande et avant de commencer à la manger, il dépose un petit fragment dans l'assiette du voisin ; il fait la même chose pour les autres aliments et s'excuse de ne pouvoir agir autrement, c'est une obsession plus forte que sa volonté. Quelquefois, il pousse subitement un cri, sans motifs apparents, et à celui qui insiste pour en demander la raison, il répond avec indifférence, et comme pour dépister l'observateur importun « J'avais une douleur de côté. »

Au commencement de 1879, il devient soucieux, passe de longues heures la nuit à sa fenêtre ; interrogé, il lui faut, dit-il, un idéal, il en a besoin ; son idéal c'est Myrtho qui s'est retirée dans une étoile. Il contemple tous les soirs cette étoile, vient la voir avant de se coucher, lui rend hommage, brûle pour elle des essences et de l'encens, il lui adresse des vers. On a parfois essayé de détourner son attention, de l'accompagner dans sa chambre, de fermer les fenêtres, de l'empêcher de regarder au ciel ; mais c'est peine inutile, dès qu'il est seul, il se relève et ne s'endort qu'après avoir jeté un dernier regard vers Myrtho. Il croit, dit-il, à la métempsychose.

Il a des périodes d'affaissement et de tristesse, dans lesquelles il est découragé, ne se trouve plus capable de travailler; il a du dégoût de la vie et se sent poussé au suicide; le vide m'attire, dit-il, je voudrais me jeter par la fenêtre.

Appelé sous les drapeaux pour le volontariat, la vie régulière, les exercices physiques ont favorablement modifié l'état mental de même que la santé générale. De retour à Paris, au commencement de 1880, M. X... reprend ses études ; il se montre gai, expansif et parfois, contrairement à ses habitudes, il se livre sans mesure aux plaisirs les plus bruyants. Cette exaltation et les excès qu'elle provoque, sont suivis d'une nouvelle phase de dépression avec des préoccupations hypochondriaques, les craintes d'une maladie de la moelle, d'une spermatorrhée. Un peu plus tard se montrent quelques idées ambitieuses, il laisse pousser la chevelure et la barbe, c'est un vœu, dit-il, de ne couper les cheveux et la barbe qu'après avoir fait un chef-d'œuvre : « tant que ma pensée restera voilée, reste voilé mon front ! » Parti dans sa famille pendant les vacances, il s'est décidé à faire couper les cheveux et il ne paraît pas avoir commis d'actes trop extravagants.

Cette étude d'ensemble nous a fait connaître une des formes les plus intéressantes sous lesquelles peut se manifester la folie héréditaire. Chez la plupart des sujets dont nous avons eu à nous occuper, avec les anomalies sexuelles, nous avons observé d'autres syndromes épisodiques : des obsessions, des impulsions et des délires variés à début rapide et à évolution irrégulière. Ces délires se distinguent nettement du délire chronique à marche méthodique, régulière, progressive, aboutissant à une systématisation de plus en plus étroite et à la démence.

Les troubles intellectuels de ces dégénérés exercent une action tellement obsédante, qu'ils annihilent la volonté et déterminent des actes que celle-ci est impuissante à réprimer. C'est là, au point de vue médico-légal, une des conditions les plus importantes à relever. C'est d'autant plus nécessaire, que malgré leurs apparences raisonnables, ces malades, à la merci de leurs élans impulsifs, ne sauraient être considérés comme responsables. Ce ne sont donc pas de simples originaux, mais bien des psychopathes, de vrais aliénés qui, sous tous les rapports, réclament l'assistance et l'attention du médecin.

Société de médecine d'Anvers. — La société de médecine d'Anvers met au concours les questions suivantes : 1° Discuter les dangers de la chloroformisation et les méthodes de les prévenir ; 2° Exposer le traitement de l'eczéma ; 3° Etudier l'infusion du sang et d'autres liquides réparateurs ; 4° Exposer et discuter le traitement de l'épanchement pleurétique purulent. Les mémoires des concurrents devront être envoyés avant le 1er juin 1884 à M. le secrétaire de la Société, 41, rue Ommeganck, à Anvers, sous les formes académiques ordinaires, c'est-à-dire que les mémoires devront porter une épigraphe répétée sur un pli cacheté renfermant le nom et l'adresse des auteurs. Les prix consisteront en une médaille en or, en argent, ou en vermeil. Les lauréats recevront le titre de membres correspondants, et 50 exemplaires de leurs mémoires tirés à part.

Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux. — Renouvellement du Bureau. Ont été élus : Président, M. Pitres ; vice-présidents, MM. Vergely et Boursier ; secrétaire-général, M. Arnozan, trésorier, M. Davezac ; membres du conseil, MM. Demons, R. Saint-Philippe et Durand.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Hygiène scolaire ; les grandes vacances

Au moment où on se préoccupe de réformer les programmes beaucoup trop chargés de l'enseignement secondaire, dans le but d'éviter le surmenage intellectuel dont on signale de toutes parts les inconvénients, il n'est pas sans utilité de rappeler la nécessité d'une mesure d'hygiène à la fois physique et intellectuelle qui a déjà été réclamée sous différentes formes, mais que la toute-puissante routine a toujours repoussée. Nous voulons parler de la transposition des grandes vacances, que l'on pourrait d'ailleurs faire moins grandes pour permettre de décharger d'autant l'enseignement ; mais dont il serait surtout utile de changer la date. Cette modification pourrait avec autant d'avantages être appliquée aux examens et aux concours, qu'une tradition surannée a placée à l'époque ou la température est le plus accablante. Dans les lycées comme dans les écoles spéciales, les élèves sont forcés de fournir leur maximum d'application à une saison où le travail est rendu le plus pénible par une température excessive ; leur santé en souffre souvent, et un grand nombre sont incapables d'accomplir leur tâche jusqu'au bout. La peine n'est pas moindre pour les maitres que pour les disciples. Dans les écoles où la fréquentation des cours n'est pas obligatoire, comme à la Faculté de médecine, il n'est pas rare de voir un professeur parler au mois de juillet devant des banquettes vides ou garnies à peine de quelques assistants assoupis. Les bibliothèques sont dépourvues de lecteurs, les laboratoires sont vides, tout exprime la lassitude générale. Dans les collèges comme dans les écoles supérieures, les élèves qui préparent des concours ne peuvent pas désarmer, mais c'est souvent aux dépens de leur santé physique, et ce surmenage mental, à une époque où l'exercice même modéré des facultés intellectuelles est plus pénible, ne peut avoir que des résultats funestes. Il y aurait pour tous avantage à avancer d'un mois la date des vacances qui seraient ainsi plus profitables à tous égards : c'est surtout pendant les mois de juillet et d'août que le séjour au bord de la mer ou dans les montagnes peut être utilisé efficacement (1). Le mois de septembre serait beaucoup plus propice au travail que le mois de juillet. Cette question mérite donc d'appeler l'attention, autant dans l'intérêt des études que dans l'intérêt de l'hygiène.

Précautions de l'Europe contre le choléra.

Ce n'est pas des précautions prises, c'est des précautions à prendre que nous voulons parler. C'est là, il est vrai, un sujet qui aujourd'hui n'est déjà plus à la mode : le fléau vient à peine de nous quitter que nous retrouvons toute notre courageuse indifférence : autant l'émotion etait vive hier, autant l'oubli est complet aujourd'hui. C'est au moment où l'épidémie éclate que chacun se souvient, que chacun réclame une solution impossible alors à obtenir. Voilà pourquoi il serait d'une réelle importance de créer dès maintenant un grand mouvement d'opinion publique en faveur des mesures à prendre avant l'apparition du danger.

Cette opinion publique, M. le professeur Brouardel l'a fortement impressionnée samedi soir, dans une conférence faite à la Sorbonne devant le savant et nombreux auditoire de l'*Association scientifique de France*. Le nouveau président du Comité consultatif d'hygiène a éloquemment démontré l'étroite solidarité qui relie, au point de vue de la santé générale, tous les groupements humains, qu'ils s'appellent patrie, municipalité ou famille. Le sort de chacun de nous est à vrai dire intimement lié aux conditions d'hygiène de nos voisins.

M. le professeur Brouardel a parlé, dans des termes émus qui ont soulevé de nombreux applaudissements, des services rendus à la salubrité publique par le docteur Fauvel. C'est grâce à ce dernier que nous avons été préservés de plusieurs épidémies. En effet, tant que les clauses de la conférence de Constantinople, dont Fauvel avait été l'inspirateur, ont été respectées, le choléra n'a pas envahi l'Egypte et il ne s'est pas montré en Europe. Le fléau est arrivé, comme l'avait prédit Fauvel, le jour où les Anglais devenus maîtres de l'Egypte, ont fait accorder patente nette à leurs navires venant de Bombay et de Calcutta, là où le choléra règne à l'état endémique.

La première précaution à prendre consiste donc à arrêter le choléra à son arrivée dans la mer Rouge. Et, puisque le conseil sanitaire d'Alexandrie a déchiré le pacte de 1866, il faut provoquer la réunion d'une nouvelle conférence internationale, chargée de prendre les mesures d'hygiène nécessaires. La proposition de cette conférence est actuellement confiée à l'Allemagne et à l'Italie : malheureusement elle est arrêtée par les affaires diplomatiques de l'Egypte. Mais, si le choléra envahit l'Egypte, s'il menace l'Europe, que pouvons-nous lui opposer ? L'établissement des cordons sanitaires doit être rejeté : ces cordons ne sont pas faits de bronze; les soldats qui les composent ne servent le plus souvent qu'à transmettre l'épidémie aux régions non contaminées. Avons-nous d'autres moyens à notre disposition ? Il faut fermer nos ports. La Sicile a ainsi pu se préserver des dernières épidémies qui ont envahi l'Europe : mais ce qui est possible pour la Sicile ne l'est pas pour un grand pays maritime et commercial.

Sommes-nous donc désarmés dès que le choléra apparaît en Egypte ? Non, assurément, si les précautions d'hygiène ont été prises depuis longtemps par les municipalités. Et quelles sont ces précautions? M. Brouardel cite les belles observations du professeur Marey sur l'influence des eaux contaminées dans la marche de l'épidémie : il rappelle les exemples de Broad-Street à Londres, des égouts de Lille, de la canalisation de l'Ourcq, etc. A ces observations, présentées récemment à l'Académie de médecine, il ajoute celle de la ville de Naples, laquelle à toute la valeur d'une expérience. Dans la dernière épidémie cholérique, la municipalité fit jeter de l'acide phénique pour désinfecter les égouts. Bientôt, il n'y eut plus d'eau potable à Naples, les eaux des puits étaient mélangées d'acide phénique : preuve de la facile

(1) Dans la période de 105 ans comprise entre 1778 et 1882, le maximum de température s'est produit 73 fois entre le 1er juillet et le 15 août.

communication entre les eaux potables et les déjections.

Donc, quand surgit une épidémie cholérique, demandons aux municipalités ce qu'elles ont fait pour assurer la propreté de leurs villes et pour distribuer des eaux saines à leurs habitants. Ce sont toujours les mêmes villes malpropres qui paient le plus lourd tribut : c'est Toulon, c'est Marseille, Arles, Perpignan, Amiens, etc. Et ce qui arrive pour le choléra se manifeste aussi pour les autres maladies épidémiques : alors que Douai perd chaque année de la fièvre typhoïde une proportion de 6 hommes de sa garnison sur 10,000, Toulon en perd 159 pour 10,000.

C'est donc aux municipalités à s'assurer que toutes les mesures d'hygiène ont été prises, que les taudis et les logements insalubres ont disparu. Et que l'on n'invoque pas ici des arguments tirés de l'inviolabilité du domicile. Les Anglais, pour qui le home est sacré, se prêtent très docilement à ces visites exigées par la sollicitude pour la santé générale.

En somme, le choléra est la maladie épidémique dont nous serions le plus certains d'être préservés, si nous suivions exactement les lois de l'hygiène locale et internationale.

Le succès de M. le professeur Brouardel a été très grand : l'impression produite par la netteté de ses déclarations a été profonde. C'est à la presse aujourd'hui de continuer cette œuvre, et d'agir à son tour sur l'opinion publique. PAUL LOYE.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 15 *décembre* 1884

M. H. BEAUREGARD communique les résultats de ses recherches sur l'appareil digestif des insectes vésicants. Il distingue trois parties dans cet appareil, un œsophage, un estomac, un intestin ; ces trois parties sont délimitées par deux valvules, l'une cardiaque et l'autre pylorique, et elles présentent une structure histologique différente.

M. J. BARROIS a étudié le développement du *chelifer*, qui s'écarte de celui des autres arachnides. Il existe chez cet animal un état larvaire très curieux, caractérisé par un appareil de succion destiné à tomber plus tard et par une formation spéciale de la gouttière nerveuse constituée par deux bandelettes séparées.

M. Ed. HOECKEL a trouvé une production tératologique très singulière d'un champignon des montagnes du Var, le *lactarius deliciosus*.

M. ONIMUS établit un rapport entre l'état ozonométrique de l'atmosphère et la dernière épidémie de choléra. Pendant toute la durée de l'épidémie, la quantité d'ozone de l'air a été constamment diminuée ; au contraire, une amélioration s'est produite dans l'intensité du fléau, dès que la charge électrique s'est relevée.

A Marseille, pendant le mois de juillet 1884, au moment où l'épidémie a été la plus forte, la moyenne a été de 0.86, tandis qu'elle était de 2,17 pendant le même mois en 1883.

A Paris, pendant que l'épidémie était à son maximum, c'est-à-dire pendant le mois de novembre, la moyenne ozonométrique était de 0,44, alors qu'elle était de 1,82 en novembre 1883. La présence et surtout la persistance de l'ozone sont donc d'excellentes conditions pour entraver l'épidémie.

M. COLIN (d'Alfort) a étudié la transmission de la tuberculose aux grands ruminants. Son procédé consiste à introduire dans le tissu cellulaire, au voisinage d'un ganglion auquel aboutissent de nombreux vaisseaux blancs, une goutte de pulpe avec une lamelle mince de tubercule emprunté à un animal récemment tué.

Au point inoculé se développe une tumeur qui s'ouvre bientôt. L'orifice s'ulcère et il se fait une caverne béante à contenu caséeux, comparable à celui des cavernes du poumon. Le ganglion voisin qui reçoit la lymphe de ce foyer se tuméfie et devient tuberculeux. Si l'évolution de la tuberculose continue, le travail local s'étend à toute la moitié correspondante du système lymphatique. Puis les éléments tuberculeux se disséminent dans divers organes (foie, rate, poumon) et dans les grandes séreuses. Entre le 2e et le 3e mois, l'animal s'amaigrit et la phtisie est confirmée. P. R.

Séance du 22 *décembre* 1884.

M. LAVOCAT a étudié le développement du rachis chez les Vertébrés. Tout d'abord le rachis est membraneux ou cellulo-fibreux et il entoure la notocorde ; cet état embryonnaire se rencontre à l'état adulte chez l'Amphiaxus. Puis le rachis devient cartilagineux et il se fragmente en vertèbres ; c'est l'état des poissons inférieurs. Chez les poissons supérieurs le rachis est déjà osseux.

Dans la région cervicale, il n'existe de côtes que chez les reptiles dépourvus de membres (serpents) ; ce qui prouve que les membres sont des côtes modifiées.

Dans la région dorsale, les vertèbres sont caractérisées par les côtes thoraciques qui s'y articulent.

Dans la région lombaire, les côtes disparaissent ou sont réduites soit à leur partie supérieure, soit à leur partie inférieure. La région sacrée donne insertion aux os iliaques toutes les fois qu'il y a des membres postérieurs. La région coccygienne peut porter des côtes quand la queue est longue et forte (Poissons, Crocodiles, Cétacés).

M. DE LACAZE-DUTHIERS donne un moyen pratique de distinguer les différentes espèces de Cynthiadés.

M. J. GRASSET envoie une nouvelle note sur le pouvoir anesthésique de la Cocaïne. Ce pouvoir n'est pas limité aux muqueuses ; il s'étend aussi à la peau.

Des expériences faites sur l'auteur et sur plusieurs étudiants, il résulte :

1° Que l'injection hypodermique de 1 centigramme de chlorhydrate de Cocaïne produit une zone d'anesthésie cutanée très nette, sans amener d'autre inconvénient qu'une très légère irritation locale après le retour de la sensibilité ; 2° Que la durée de cette anesthésie est assez longue pour permettre un certain nombre d'opérations chirurgicales ; 3° Que pour utiliser l'anesthésie locale, il est bon d'injecter un ou deux centigrammes de cocaïne immédiatement sous la région et cinq ou dix minutes avant l'opération.

M. L. FRÉDÉRICQ a étudié les variations des échanges respiratoires relatives à la composition centésimale de l'air. Les recherches ont porté sur l'absorption de l'oxygène.

L'augmentation de la richesse en oxygène de l'air respiré n'augmente pas l'intensité de l'asorbption de ce gaz. Si l'atmosphère est au contraire pauvre en oxygène, l'absorption de ce gaz diminue et il se produit de la dyspnée.

Une forme particulière de dyspnée se présente quand le sujet respire un mélange riche en oxygène, mais contenant en même temps 5 à 6 pour 100 d'acide carbonique. La respiration devient anxieuse et le sujet éprouve une céphalalgie rappelant la migraine. P. R.

Séance du 29 *décembre* 1884

MM. NICATI et RIETSCH adressent une note sur la vitalité du bacille-virgule dans différentes eaux.

M. A. HORVARTH, professeur à l'Université de Kazan (Russie), fait une réclamation de priorité, en faveur des travaux de Dutrochet, au sujet de la diapédèse des globules sanguins. La découverte de la migration à travers les parois des vaisseaux intacts, sur laquelle repose la théorie actuelle de l'inflammation, est généralement attribuée à

Cohnheim. M. Horvarth cite le passage du livre de Dutrochet (1824) : il montre que la migration des globules sanguins et leur pénétration dans les tissus des organes sont décrites dans cet ouvrage avec la plus grande netteté et la plus grande précision. Les observations de Dutrochet sont conformes à celles des auteurs contemporains; et, de l'aveu de M. Horvath, elles leur sont très souvent supérieures.

M. Sacc annonce la découverte d'une nouvelle substance alimentaire tirée de la graine de cotonnier. Cette graine, très riche en produits nitrogénés, fournit une farine appelée à prendre une place importante dans l'alimentation humaine.

Au sujet d'une pétition déposée par M. de Lesseps, demandant à l'Académie de se prononcer sur l'inutilité des quarantaines, M. Gosselin déclare que la section scientifique de l'Institut est incompétente pour juger la question. Le Comité consultatif et l'Académie de médecine s'occupent de réunir les documents et ils peuvent plus sûrement que l'Académie des sciences formuler leur opinion sur ce sujet.

M. A. Milne-Edwards donne lecture d'un travail sur la classification des espèces du genre taupe.

M. Lichtenstein fait connaître la biologie de diverses espèces de pucerons; il a observé le passage des aptères aux formes ailées. P. R.

Séance du 5 janvier 1885.

M. Duclaux fait une très importante communication sur le rôle des microbes dans la nutrition des végétaux. Il s'est demandé si, en l'absence des êtres microscopiques, la plante peut utiliser les matières organiques pour son alimentation. En un mot, la plante renferme-t-elle des ferments solubles suffisants pour transformer les matériaux nutritifs qui lui sont offerts?

M. Duclaux, pour résoudre cette intéressante question de physiologie générale, a établi des expériences très ingénieuses et très délicates. Il prépare des graines de haricot flageolet et de pois michaux, de façon à ce qu'elles n'emportent aucun germe avec elles. Puis il sème ces graines dans un sol stérile et humecté de lait. Au bout de deux mois de germinaison, il constate que le lait est encore intact, qu'il n'est même pas coagulé et que sa caséine est encore précipitable par les acides. L'auteur conclut que le pois et le haricot ne secrètent ni présure, ni caséase. En répétant cette expérience avec du sucre candi d'une part, avec de l'empois d'amidon d'autre part, M. Duclaux n'a également constaté aucune transformation. Le pois et le haricot ne fabriquent donc ni sucrase, ni amylase. La production des ferments solubles serait ainsi, dans ces trois exemples, en fonction de la vitalité des micro-organismes.

M. Pasteur, après avoir présenté la note précédente, s'exprime ainsi : « Je prends la liberté de suggérer à mon élève et ami, M. Duclaux, l'idée d'un travail auquel l'ont préparé tous les travaux qu'il a déjà produits sur le rôle des microbes dans la digestion. Souvent, dans nos causeries de laboratoire, et il y a de cela bien des années, j'ai parlé aux jeunes savants qui m'entouraient de l'intérêt qu'il y aurait à nourrir un jeune animal (lapin, cobaye, chien, poulet), dès sa naissance, avec des matières nutritives *pures*. Par cette dernière expression, j'entends désigner des produits alimentaires qu'on priverait artificiellement et complètement des microbes communs. Sans vouloir rien affirmer, je ne cache pas que j'entreprendrais cette étude, si j'en avais le temps, avec la pensée préconçue que la vie, dans ces conditions, deviendrait impossible. Si ces genres de travaux se simplifiaient par leur développement même, on pourrait peut-être tenter l'étude de la digestion par l'addition systématique, aux matières nutritives *pures* dont je parle, de tel ou tel microbe simple ou de microbes divers associés bien déterminés.

M. Alfred Angot a étudié l'influence de l'altitude sur la végétation et sur les migrations des oiseaux. Pour une augmentation d'altitude de 100 mètres, la moyenne générale du retard de la végétation correspond à quatre jours. L'arrivée de l'hirondelle de cheminée retarde de 2 jours 1/10e pour une augmentation d'altitude de 100 mètres. Pour cette même augmentation, le départ de l'oiseau avance de 1/10e de jour.

M. Hanriot fait connaître un nouveau procédé pour obtenir rapidement une eau oxygénée concentrée.

M. Frémy communique les résultats des recherches faites avec M. Urbain sur le squelette des végétaux. L'attention des auteurs a surtout été attirée sur la composition et les modifications chimiques de la *cutose*, qui constitue la membrane externe de l'épiderme.

M. A. Milne-Edwards donne la description d'un nouveau scorpion découvert dans le Silurien d'Ecosse.

Paul Loye.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 25 janvier 1885. — Présidence de M. P. Bert.

M. Hénocque montre des photographies de sang obtenues à l'aide de l'appareil qu'il a présenté dans la dernière séance. Il obtient ainsi des *dégradés* au moyen desquels il peut mesurer les différences de 1/40e dans l'hémoglobine du sang examiné.

MM. Laborde et Houdé complètent l'exposé de leurs recherches sur la colchicine; celle-ci tue par asphyyie; ses effets toxiques ne se font pas sentir immédiatement après l'absorption du poison. Les auteurs ont pu étudier ses manifestations chez plusieurs personnes qui, soit par mégarde, soit par suite d'une erreur de thérapeutique, en avaient pris des doses trop considérables. Dans tous ces cas, dont aucun ne fut mortel, il y eut une céphalalgie considérable, des selles diarrhéiques et des vomissements constants, de la tendance au refroidissement périphérique. Le poison s'élimine surtout par les urines, les vomissements, la salive et les excréments. L'acide nitrique mis en présence de cet alcaloïde donne des réactions caractéristiques.

M. d'Arsonval présente une réduction de l'appareil calorimétrique dont il a déjà entretenu la Société.

M. Beauregard fut délégué par le Muséum pour aller déterminer l'espèce à laquelle appartenait un cétacé, un balœnoptère de 5 mètres de longueur, échoué dans d'excellentes conditions de conservation, sur les côtes de la Méditerranée, près de Cannes. Il était à peine arrivé, que déjà un cétologue distingué, M. van Beneden, sur la simple description d'un journal politique et sans avoir vu l'animal, écrivait et imprimait que c'était là une *Balœnoptera rostrata*. Tout en rendant justice à l'érudition de M. van Beneden, M. Beauregard pense que cet auteur aurait dû tout au moins examiner l'animal avant de formuler des conclusions qui sont certainement erronées. En effet, la *Balœnoptera rostrata* possède 48 vertèbres et 11 paires de côtes; le cétacé de Cannes possède 62 vertèbres et 14 paires de côtes, ce qui autorise M. Beauregard à le considérer comme une jeune *Balœnoptera musculus*, l'espèce qui, du reste, échoue le plus souvent sur nos côtes. On admettait que les balœnides mesuraient, lorsqu'ils étaient jeunes, le tiers de leur longueur d'adulte : le fait actuel infirmerait ces notions, qu'on a du reste eu rarement l'occasion de contrôler, car la Balœnoptera musculus mesure 25 mètres à l'état adulte.

M. Beauregard a également pu récemment étudier une autre Balœnoptera musculus de 18 mètres 85 qui était venue s'échouer à Lucques-sur-Mer.

M. Regnard a continué la série de ses recherches sur les modifications que les hautes pressions apportent à l'existence. Il a pu ainsi vérifier la loi qu'il avait émise, que la vie cessait entre 3000 et 4000 mètres de profondeur d'eau, c'est-à-dire entre 3 à 400 atmosphères. Il s'est demandé ce que deviendraient des œufs de poisson fécondés quittant les algues qui leur servent de support et tombant ainsi au fond de la mer jusqu'à 6,500 mètres, ce qui est la plus grande profondeur connue. Jusqu'à 2,000 mètres, c'est-à-dire 200 atmosphères, les œufs ne présentent rien de spé-

cial : ils éclosent en même temps que les œufs-témoins de la même ponte. Entre 2,000 et 3,000 mètres (2 à 300 atmosphères), ils éprouvent un retard de 5 à 6 jours. Entre 3,000 à 4,000 mètres, ils sont détruits, car la pression a été assez forte pour les faire périr par hydratation forcée.

M. Henneguy dit que les œufs de poisson, à la suite de la fécondation, sont d'autant plus influencés par les agents extérieurs qu'ils sont depuis moins de temps fécondés ; c'est ainsi que dans les deux ou trois premiers jours, une simple agitation de l'eau suffit quelquefois pour les tuer.

M Regnard répond qu'il y aurait évidemment lieu de rechercher à quelle époque ces œufs sont le plus directement influencés par les hautes pressions ; toutefois, et dans la circonstance, ayant opéré sur des œufs de la même ponte et de la même fécondation, il s'est mis dans les conditions de réalisation d'une bonne expérience, confirmative du reste de celles qu'il avait faites antérieurement.

M. Galippe parle du *coefficient de résistance des dents* et dit que celui-ci, comme pour l'os, est proportionnel à la richesse de la dent en principes minéraux et à sa pauvreté en principes organiques. Il se propose de faire connaître le résultat d'études ultérieures sur cette résistance, suivant que les dents sont constituées plus spécialement par un sel minéral en particulier.

M. R. Dubois a institué de nouvelles expériences pour démontrer physiologiquement que la cocaïne n'agissait pas à la façon des anesthésiques. Il a fait respirer à des animaux des mélanges titrés d'air et de chloroforme susceptibles de produire le sommeil en augmentant très légèrement la dose de l'agent anesthésique. Il a vu que la cocaïne administrée parallèlement ne hâtait en aucune façon l'apparition du sommeil. Gilles de la Tourette.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 27 *janvier* 1885.— Présidence de M. Bergeron.

Election d'un membre correspondant étranger. — Votants : 58; majorité, 30. Au premier tour de scrutin, M. Krassowski (de Saint-Pétersbourg) obtient 33 voix; M. Panum (de Copenhague), 21; M. Sayre (de New-York), 3; bulletin blanc, 1. En conséquence, M. Krassowski est proclamé membre correspondant étranger de l'Académie.

M. Proust poursuit la lecture de son rapport sur l'*épidémie cholérique* dans les divers départements de la France. Aujourd'hui, M. Proust parcourt successivement les départements des Pyrénées-Orientales, des Ardennes, de la Seine-Inférieure, et arrive à établir les conclusions suivantes : 1° Le choléra a été importé dans les villes et villages des départements cités ; 2° L'eau a joué un rôle important dans la transmission ; 3° L'intensité de l'épidémie a été en raison directe des conditions d'insalubrité du pays; 4° On peut attribuer en partie à l'emploi des mesures hygiéniques et des procédés de désinfection la cessation de l'épidémie dans les pays envahis.

M. J. Guérin tient à signaler les erreurs graves sur lesquelles repose le système de l'importation. Il est étrange que, dans une ville comme Paris, l'arrivée de 60 à 80,000 individus provenant des pays contaminés, n'ait pas déterminé à bref délai l'éclosion de l'épidémie. Et pourquoi admettre l'importation par un individu, alors que, presque toujours, la maladie éclate simultanément sur plusieurs points de la même localité. Lorsque divers cas de choléra apparaissent dans un endroit, cela résulte de ce que toutes les personnes habitant cet endroit ont été soumises aux mêmes influences épidémiques.

M. J. Rochard fait une communication sur la *dépopulation de la France*. M. Rochard pense, avec M. Lagneau, que la dépopulation en France constitue un véritable péril social. Au début du siècle, le nombre des habitants augmentait de 6.02 pour 1.000 par an; en 1879, cette proportion n'est plus que 3.34; aujourd'hui, elle est de 2.42. Il faut attribuer notre dépeuplement non à l'excès de la mortalité, mais au défaut de natalité. Ce défaut de natalité résulte de l'état actuel de nos mœurs, du bien-être général des familles, de l'égoïsme le plus souvent.

M. Le Fort appuie la communication de M. Rochard, car elle démontre combien la dépopulation est très préjudiciable à la prospérité de notre pays. Cet effet, toutefois, est moins pernicieux pour nous que pour nos voisins. En France, nous possédons fort peu l'esprit d'exportation des individus.

M. Bergeron lit un *rapport* sur la fondation Auguste Monbine.

M. Lannelongue lit un *rapport* sur le concours du prix Barbier en 1883.

M. Lancereaux lit un *rapport* sur le concours du prix Amussat en 1883.

L'Académie se constitue en comité secret. A. Josias.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 23 *janvier* 1885. — Présidence de M. Guyot.

M. Debout écrit qu'il a observé quelques cas d'orchite goutteuse à ajouter à ceux de MM. Guyot et Millard.

M. Martel (de St-Malo) a observé également deux cas d'orchite goutteuse.

M. Ollivier signale l'orchite rhumatismale et en rapproche l'orchite diabétique. Toutes ces orchites, d'après lui, forment un groupe d'orchites *constitutionnelles*, fort intéressantes à étudier.

M. Dujardin-Beaumetz rapporte un exemple de cancer de l'estomac dont la durée a été de *cinq ans*. C'est là un fait exceptionnel, car la durée moyenne du cancer gastrique est de 12 à 13 mois. Chaque fois que le malade de M. Beaumetz avait des crises gastriques, il présentait des accès de tétanie, ce qui pouvait faire penser à une dilatation de l'estomac ; l'urée était très diminuée (signes de Rommelaere). Le malade a fini par succomber; l'autopsie a révélé un cancer du pylore non ulcéré (il n'y avait jamais eu d'hématémèse.)

M. Debove vient défendre le chlorure de méthyle qu'on avait vivement attaqué à la dernière séance. Il reconnaît que dans la *sciatique symptomatique* le chlorure de méthyle compte des insuccès. Mais il serait déjà très beau de guérir toutes les sciatiques idiopathiques, il discute les faits produits par ses collègues et réfute les arguments qu'on a opposés à sa méthode. Quant à l'acide carbonique solide préconisé par M. Lailler, M. Debove n'en repousse pas l'emploi et il se propose d'en essayer l'emploi loyalement. Quant aux eschares, c'est une question de mesure et de prudence dans l'emploi du chlorure de méthyle. Le maximum des effets locaux qu'il ait obtenus est une vésication sans danger et sans inconvénient. M. Debove a utilisé les pulvérisations de chlorure de méthyle dans les rhumatismes musculaires, dans le lumbago, dans certaines hyperesthésies, etc. Il n'a du reste, pas la prétention d'avoir trouvé un remède infaillible.

M. Robin a obtenu un très beau succès avec le chlorure de méthyle. Il s'agissait d'une sciatique rebelle, avec névrite, car il y avait atrophie du membre.

M. Letulle a obtenu également par le même procédé la guérison de deux cas de sciatique rebelle avec névrite.

M. Bucquoy lit son rapport sur la nomination des délégués de la Société, à la commission d'hygiène des hôpitaux. MM. Besnier et Laillier ont proposé de nommer une commission permanente qui servirait de conseil et d'appui aux trois délégués. Dans ces conditions, le conseil de famille a délibéré et reconnu le bien fondé des objections faites par MM. Besnier et Laillier contre l'ancien système. Il y aura donc une commission *officieuse* d'hygiène qui se tiendra en communication avec ses délégués. Cette commission comprendra un médecin de chaque hôpital ou hospice. Les conclusions du rapport de M. Bucquoy sont adoptées.

M. Robin fait une communication sur la *congestion rénale primitive*. Il estime qu'on a été trop loin en englobant cette maladie dans le mal de Bright. Il y a des symp-

tômes généraux d'une pyrexie au début ou d'un embarras gastrique ; parfois on peut songer à une fièvre typhoïde. Comme symptômes locaux, il y a des douleurs lombaires; quelquefois il y a un peu de dysurie, pas d'œdème. L'urine a la couleur du bouillon de bœuf; le sédiment est assez abondant. On y trouve des cylindres hyalins, granuleux, des globules rouges, des globules blancs, des cellules libres pigmentées, des amas de pigment amorphe, des cristaux d'acide urique. Il y a de l'albuminurie, mais elle disparaît brusquement et rapidement. La marche de la maladie est très prompte; elle se juge par de la polyurie avec pâleur des urines, disparition de l'albuminurie et de l'indican, etc. Comme causes, M. Robin signale le refroidissement et le surmenage. Au point de vue du diagnostic, il faut penser à la néphrite catarrhale, à l'hémoglobinurie, à la fièvre typhoïde à forme rénale. Pronostic absolument bénin. J. COMBY.

REVUE D'OPHTHALMOLOGIE

I. De Wecker. — **Maladies du tractus uvéal, du corps vitré, de la sclérotique, glaucome** (T. II, fascic. 2 du *Traité complet d'ophthalmologie*; par de WECKER et LANDOLT. — Paris, Delahaye et Lecrosnier, 1884.

II. Dron — **Etude sur les cancers de l'œil**. Lille, 1884.

III. Fontaine-Atgier. — **Le mobilier scolaire dans ses rapports avec l'hygiène de l'œil myope et en particulier la table-chaise hygiénique à trois inclinaisons fixées automatiquement**. — Paris, J.-B. Baillière et fils, 1884.

IV. Beauvois. — **Du ptosis et en particulier de son traitement chirurgical**. Thèse de Paris, 1884.

V. Boquin. — **Du rhumatisme oculaire et de ses principales manifestations**. Thèse de Paris, 1884.

VI. **Bulletins et mémoires de la Société française d'ophthalmologie**. — Paris, Delahaye et Lecrosnier, 1884.

VII. Trousseau. — **Manuel de thérapeutique oculaire usuelle à l'usage des médecins praticiens**. — Paris, Ollier-Henry, 1884.

VIII. Castorani. — **Memoria sulla cura dello scollamento della retina** (in *lectomia*), Napoli, 1884.

IX. Castorani. — **Memoria sulla cura dell'ectropio cicatriziale** (*autoblefaroplastia*) Napoli, 1884.

X. Bassi. — **Sulla vertigine oculare**. Firenze, 1884.

I. La littérature ophthalmologique française est en train de s'enrichir d'un traité complet à la hauteur de la science actuelle, grâce aux soins de deux hommes éminents, MM. de Wecker et Landolt. Le volume que nous avons sous les yeux porte la signature du premier. Sa grande expérience, son talent d'observateur, l'ardeur qu'il a toujours apportée à l'étude des sujets qu'il traite nous dispensent de recommander son ouvrage. Chaque spécialiste le lira avec fruit, et sera surtout intéressé par la manière approfondie avec laquelle sont examinés les points les plus importants de cette catégorie des maladies oculaires : l'ophthalmie sympathique et le glaucome. Conformément aux résultats de recherches récentes et nombreuses, M. de Wecker fait jouer, dans la transmission de l'ophthalmie sympathique, un rôle prépondérant au nerf optique, ou plutôt à la gaine lymphatique qui l'accompagne et qui rend solidaires les appareils lymphatiques des deux yeux. — En ce qui concerne le chapitre du glaucome, dont la partie relative au traitement sera consultée avec profit, notons seulement que l'auteur est un adversaire déclaré de toute théorie inflammatoire, même pour le glaucome aigu. Cette opinion, à notre modeste avis, est certainement trop absolue.

Nous n'insistons pas sur les autres chapitres de cet ouvrage. Nous nous bornons à dire que la grande érudition de l'auteur en a fait le dernier mot de la science actuelle, et qu'à côté de ses opinions personnelles, toujours nettement accentuées, on y trouve une large part faite aux travaux et aux appréciations de ses devanciers.

II. Le point de départ du travail de M. Dron est une observation de leucosarcome recueillie dans la clientèle de M. Alph. Desmarres, observation consignée avec soin. et accompagnée d'une figure et d'un bon examen histologique de la tumeur. Nous n'avons qu'à nous féliciter que notre confrère de Tourcoing en ait pris occasion pour nous donner un tableau très complet et en même temps très clair des tumeurs malignes du tractus uvéal. En cherchant à ramener, autant que possible, les diverses variétés de ces néoplasmes à un type fondamental, le sarcome, revêtant deux formes distinctes suivant qu'il affecte la choroïde ou la rétine, nous croyons que l'auteur a rendu un service réel à la science et que chacun souscrira à sa classification simplifiée. M. Dron apporte du reste de fort bons arguments à l'appui de ses conclusions. — Nous ne le suivrons pas sur le terrain de l'étiologie et de la pathogénie des tumeurs malignes de l'œil. Nous sommes entièrement de son avis en ce qui concerne la fausseté de la notion de la diathèse; mais il nous semble que la solution de ces questions, très intéressantes à coup sûr, doit être entièrement abandonnée aux anatomo-pathologistes. Aussi M. Dron n'a-t-il pu nous donner forcément aucune idée nouvelle sur ce sujet.

III. On ne saurait trop encourager tous les efforts tentés dans le but d'éviter les inconvénients qui résultent pour les enfants. de la position assise prolongée et du travail scolaire assidu. On connaît les déformations du squelette qui peuvent en être l'effet; mais on n'est pas encore suffisamment édifié sur les dangers que courent les organes visuels par le fait d'une attitude vicieuse du corps et surtout de la tête. M. Fontaine-Atgier appelle de nouveau l'attention sur ce point important, et décrit une table-chaise de son invention, qui nous paraît conforme à toutes les exigences de l'hygiène et de la commodité.

IV. M. Pagenstecher avait, en 1881, proposé une méthode simple et ingénieuse de guérir le ptosis. En réunissant, par des sutures sous-cutanées, le bord supérieur du cartilage tarse avec le muscle frontal, il se forme entre les deux, dans l'épaisseur du tissu cellulaire, une traînée cicatricielle qui permet au muscle frontal de suppléer à l'insuffisance du releveur. Or, la thèse de M. Beauvois établit sans contestation que la priorité de ce procédé appartient à M. Dransart (de Somain), qui l'a employé à plusieurs reprises avec succès dès 1879. M. Dransart ne passe même plus les fils dans le cartilage tarse, comme il le faisait à l'origine. M. Beauvois a subi lui-même cette opération, qui l'a guéri d'un ptosis congénital double; aussi nous parle-t-il en connaisseur du ptosis et de ses moyens de guérison.

V. Le travail de M. Boquin présente un intérêt réel au point de vue de l'étiologie de certaines affections oculaires. La coïncidence fréquente, disons plus, le rapport de parenté entre les diverses manifestations rhumatismales et un grand nombre de maladies des membranes de l'œil y est établi par des observations nombreuses et très concluantes. Signalons tout particulièrement le paragraphe relatif à la kératite interstitielle des enfants. Les cas décrits à cet endroit (et auxquels nous pourrions en ajouter d'autres de notre expérience personnelle) donnent raison à l'opinion de M. Panas, qui s'élève contre l'attribution exclusive de cette lésion à la syphilis héréditaire. Inutile de faire ressortir les indications thérapeutiques importantes qui résultent de cette étiologie. Nous avons été surpris d'une chose seulement : c'est que M. Boquin passe complètement sous silence les paralysies rhumatismales des muscles des yeux, qui constituent une affection fréquente et très intéressante pour le praticien.

VI. Les mémoires originaux présentés cette année à la Société française d'ophthalmologie et les discussions auxquelles ils ont donné lieu, viennent de paraître en un volume publié par les soins de MM. Delahaye et Lecrosnier. Pour ce qui est de l'analyse de ces importants travaux, nous renvoyons le lecteur au compte rendu que nous avons donné des séances dans les n°s 5 et 6 du *Progrès médical* de 1884.

VII. Ce petit manuel est destiné aux praticiens qui n'ont pas fait de l'ophtalmologie une étude spéciale. Il leur fournit une notion rapide de la maladie à traiter, montre le dan-

ger à éviter et donne le traitement complet. Il n'est question dans ce livre que des affections usuelles que tous peuvent le plus souvent diagnostiquer sans le secours d'un spécialiste.

Le Dr Trousseau a, pour simplifier et pour rendre son usage véritablement pratique, laissé de côté les affections rares ou trop compliquées. Ce livre, très portatif, est appelé à rendre les plus grands services aux praticiens qui n'ont pas toujours le temps ou la possibilité de recourir aux traités spéciaux et aux élèves qui veulent prendre une notion rapide des affections les plus fréquentes des yeux.

VIII. M. Castorani publie dix observations de décollement rétinien traité par l'iridectomie, accompagné d'une application de ventouses à la tempe et d'une cure d'iodure potassique. A la suite de ce traitement, il aurait observé une amélioration plus ou moins notable des fonctions visuelles, un éclaircissement du corps vitré et une réapplication partielle de la rétine.

IX. Le même auteur propose, pour guérir l'ectropion cicatriciel, le procédé suivant: Le tissu cicatriciel est enlevé soigneusement au bistouri; la paupière est ensuite remise en place (si la conjonctive hypertrophiée s'oppose à cette manœuvre, il faut en exciser un lambeau); on cautérise alors la plaie au sulfate de cuivre, et on applique un pansement très soigneux à la charpie, destiné à maintenir la paupière dans sa position normale et à prévenir une nouvelle rétraction cicatricielle. L'auteur donne cinquante-cinq observations, et les figures qu'il y ajoute témoignent d'un bon succès immédiat; mais nous aimerions connaître le résultat définitif.

X. M. Abadie a publié, il y a trois ans, dans le *Progrès médical*, trois cas de vertiges fréquents provoqués par les rotations des yeux. Il admettait, comme cause de ce phénomène, une affection cérébelleuse. M. Bassi publie une observation analogue. Les moindres mouvements des yeux provoquaient des vertiges intenses, sans qu'il existât pourtant de paralysie musculaire, car le malade n'accusait pas de diplopie. Il fut guéri en dix semaines, par l'emploi de la belladone. M. Bassi invoque également une lésion dynamique des centres nerveux, l'examen attentif des yeux ne lui ayant révélé aucune anomalie de ces organes.

EPERON.

THÉRAPEUTIQUE

Dysménorrhée et stérilité.

Par le Dr DECOUX

Mme X..., âgée de vingt-quatre ans, mariée depuis cinq ans, a toujours eu des règles douloureuses et irrégulières. Elle n'a jamais eu d'enfants. Elle a suivi de nombreux traitements sur lesquels elle ne peut s'expliquer, mais aucun n'a eu de résultat satisfaisant. C'est dans ces conditions qu'elle vient me consulter. Ayant déjà guéri plusieurs cas de dysménorrhée et d'aménorrhée par l'emploi du phosphure de zinc, je lui donne ce médicament à la dose de 16 milligrammes par jour, soit 2 milligrammes de phosphore actif. En d'autres termes, deux granules de 4 milligr. au repas du matin, et deux au repas du soir.

Elle suivait le traitement depuis vingt jours, lorsque les règles se montrèrent sans la moindre douleur. Je fis continuer la même dose pendant un mois, afin d'agir efficacement sur deux époques consécutives; mais les règles ne parurent pas : la jeune femme était devenue enceinte. Elle accoucha d'une fille, l'allaita, et le onzième mois les époques se montrèrent de nouveau, tout aussi douloureuses qu'auparavant. Huit mois se passèrent ainsi. Fatiguée enfin, elle se décida à se soigner, et elle reprit le phosphure de zinc. Or les choses se passèrent à peu près comme la première fois. Les règles revinrent deux fois sans douleur, et le troisième mois survint une grossesse.

On ne saurait nier, en présence de ces faits, la corrélation qui existe si fréquemment entre la stérilité et la dysménorrhée, la cessation possible de l'une après la disparition de l'autre, et enfin l'action véritablement typique du phosphure de zinc, agissant ainsi sur les deux états en même temps.

Ce fait m'a paru intéressant à signaler, et j'en trouverais bien d'autres à l'actif du phosphure de zinc, si j'avais noté nombre de cas que j'ai observés : hystéries, névralgies, ataxies, anémies, etc., où ce médicament m'a donné des résultats inespérés. Aussi, je regrette que le phosphure de zinc ne soit pas plus employé en France, soit faute d'études suffisantes, soit par le fait de la mauvaise qualité du médicament, qui, n'ayant pu alors produire de résultats, aura découragé ceux qui auront voulu l'essayer.

Un mot à ce sujet. Le phosphure de zinc agit, comme toutes les préparations de phosphore, sous forme d'hydrogène phosphoré. Seulement, quoiqu'il contienne chimiquement le quart de son poids de phosphore, il agit comme s'il n'en contenait que le huitième, la moitié n'étant pas absorbée. Or c'est là un point qu'on méconnaît peut-être trop souvent. Pour administrer un milligramme de phosphore, il faut donner 8 milligrammes de phosphure de zinc. Qu'arrive-t-il quand on emploie des granules dosés à 1 milligramme, comme nous en avons vu ? On n'obtient rien, et l'insuccès est attribué au médicament.

Autre chose. Le phosphure de zinc n'agit que lorsqu'il est cristallisé. Amorphe, il est inerte. Or sa préparation est tellement difficile, qu'à part une marque, fort connue, il est vraie, on ne trouve guère dans le commerce qu'un produit impur, entièrement ou partiellement inefficace.

Les Allemands, qui emploient le phosphore sur la plus grande échelle, paraissent ne pas connaître le phosphure de zinc. Ils se servent d'huile phosphorée ou de pilules. Ce sont des préparations extrêmement altérables, et dont l'énergie diminue pour disparaître totalement après quelques jours. Et cependant ils obtiennent des succès tellement nombreux, que leurs journaux sont constamment remplis d'observations à ce sujet. Le Dr Kassowitz (de Vienne) publie, à lui seul, le résumé de 560 observations, ayant surtout trait au rachitisme; et il affirme, tout comme les Drs Soltmann (de Breslau), et Hagenbach (de Bâle), que le phosphore est le véritable spécifique du rachitisme. Que n'obtiendrions-nous pas nous-même, si, à leur exemple, nous étendions les applications si nombreuses du phosphore, en employant le phosphure de zinc, dont l'action peut en quelque sorte être mathématiquement calculée, et, dont le maniement, à l'encontre du phosphore en nature, est aussi simple et aussi peu dangereux que l'est, par exemple, celui de l'arsenic.

Il n'y a pas en effet, d'accumulation à craindre, l'élimination étant complète le troisième jour, et eût-on donné par erreur une dose trop forte, il n'y a aucune crainte à avoir, parce qu'il survient aussitôt des vomissements qui arrêtent l'action du médicament, ce qui n'a pas lieu pour la plupart des autres agents très actifs de la matière médicale, et notamment pour l'huile phosphorée.

VARIA

Autopsie proprement dite (1).

XI. EXAMEN DU PANCRÉAS.

Le *pancreas* peut être examiné avant ou après l'enlèvement du foie, mais quelle que soit la règle que l'on adopte, on ne doit s'en écarter que dans des cas exceptionnels. Nous croyons qu'il serait peut-être préférable, contrairement à l'avis de la plupart des auteurs, de faire l'examen du pancréas avant celui du foie, parce que, quoique cet examen en soit rendu plus difficile, les rapports entre les organes voisins sont mieux conservés que par toute autre méthode. En effet, on pratique l'enlèvement du foie à grands coups de couteau (on ne dissèque pas), et par suite on peut produire souvent des dégâts qui ne permettraient plus l'examen des ganglions semi-lunaires, etc.

Pour découvrir le pancréas, on ramène l'estomac et le foie

(1) Extrait d'un *Manuel de Technique d'autopsie*, par Bourneville et Bricon (Voir *Progrès médical*, nos 43, 44, 46, 57, 48, 50 et 52 (année 1884), 3, 4 (année 1885).

en haut et vers le côté droit. On note l'aspect extérieur de l'organe (1), les adhérences pathologiques, etc.; puis l'on pratique sur lui une coupe longitudinale allant de la queue à la tête. Dans cette opération, il est utile de maintenir la queue de l'organe avec la main gauche, car celle-ci a dû être détachée pour pratiquer l'enlèvement du rein gauche. En général, cette coupe ouvre le *canal pancréatique*. Il est alors facile d'examiner ce canal et de l'ouvrir sur tout son trajet au moyen des ciseaux, sinon il faut l'ouvrir à partir de l'ampoule de Vater. Il est, du reste, assez rare de voir faire l'examen du canal de Wirsung ; le plus ordinairement, on se borne à celui de la glande.

Les *lésions* les plus fréquentes sont : l'hyperémie, la pancréatite interstitielle, l'atrophie, les hémorrhagies, puis vient le carcinome, etc. On y constate très rarement la suppuration, la tuberculose (2), et encore dans ce dernier cas, doit-on la distinguer avec soin de la caséification des ganglions voisins. Les anomalies de formation et les pancréas supplémentaires sont loin d'être aussi fréquents que pour la rate et les reins. — L'examen du canal pancréatique permet surtout d'y noter des kystes plus ou moins volumineux (kystes par rétention) et des calculs. On peut encore observer sur le pancréas des lésions par propagation de lésions des organes voisins (calculs biliaires, ulcères ronds, etc.)

XII. EXAMEN DES GANGLIONS SEMI-LUNAIRES ET DU PLEXUS SOLAIRE.

Le pancréas détaché jusqu'au duodénum est rejeté à droite ainsi que l'estomac et le foie, on trouve les *ganglions* (ganglion cœliaque), et le *plexus solaire* au niveau du bord supérieur du pancréas, au-devant des piliers du diaphragme, entre l'origine du tronc cœliaque, autour pour le plexus, et les capsules surrénales. On ne peut guère macroscopiquement que noter la forme, le volume, l'état des ganglions et du tissu conjonctif qui les entoure, leur coloration (hyperémie, pigmentation, etc.)

XII. EXAMEN DE LA VÉSICULE BILIAIRE ET DU FOIE (3).

a) Examen in situ de la vésicule. — Avant de procéder à l'enlèvement du foie on examine les rapports de la vésicule biliaire avec les organes environnants (adhérences, péricystite, etc.), la consistance, les dimensions, la coloration, etc.

b) Enlèvement du foie. — On saisit la partie gauche déjà détachée du diaphragme et attirant le lobe gauche du foie vers soi et en haut, on détache postérieurement à grands traits (4) toutes les adhérences qui le maintiennent aux organes voisins jusque vers le milieu de la colonne vertébrale, puis, le renversant à gauche et en haut, on opère de même façon pour le côté droit.

c) Examen externe. — Le foie sorti de la cavité abdominale, on procède à l'examen de sa surface externe (adhérences, épaississements de la capsule, cicatrices, fausses membranes, ecchymoses, forme, dimension (5), consistance, plis divers (6), coloration, abcès et kystes divers, tubercules, noyaux carcinomateux, angiomes, etc.). Le couteau est passé sur toute la surface du foie pour enlever le sang et les corps étrangers qui peuvent la recouvrir et mieux juger ainsi de son aspect (poli, granuleux, anémié, etc.).

d) Enlèvement et examen de la vésicule biliaire. — On saisit le pédicule formé par la partie externe du ligament hépato-duodénal sectionné, on le sépare avec le couteau de ses attaches hépatiques jusqu'au niveau du col de la vésicule ; on le prend alors avec la main et, par une simple traction, on enlève la vésicule qui n'est unie au foie que par un tissu conjonctif lâche. La vésicule est alors ouverte avec des ciseaux, ou, si elle est suffisamment remplie de bile et si l'on n'a pas à ménager son contenu, d'un coup de couteau donné sur une de ses faces (la face opposée étant appuyée sur une surface quelconque) et du col vers le fond, c'est-à-dire suivant sa direction longitudinale, la pointe du couteau pénétrant la première, le tranchant dirigé en dehors. On examine la coloration, la consistance, la nature (hydropisie), la quantité (1) de la bile qui s'échappe de la vésicule, et l'on retourne alors celle-ci en doigt de gant pour constater l'état de la muqueuse (hyperémiée, épaissie, ulcérée, œdématiée, etc.), la présence de *tumeurs* (carcinomes) (2), de *protozoaires* ou de *calculs* simples ou mixtes (cholestérine, bilirubine, lombries, etc.), (surfaces en contact planes, ou au contraire irrégulières, moins fermes, de coloration variée, etc.).

e) Coupe et examen du foie, — De la main gauche on fixe le foie au moyen du diaphragme, puis on pratique sur la face convexe une grande section verticale et profonde comprenant les deux lobes de gauche à droite. On note : 1° les caractères du *sang*, qui sort spontanément ou par la pression des vaisseaux (il y a ici lieu de distinguer entre les différents vaisseaux (3) de la glande, sa nature, (liquide foncé, coagulé dans les cas de néoplasies, spumeux (putréfaction) ; 2° l'état de congestion chronique (foie muscade), d'atrophie ou d'hypertrophie (cirrhoses diverses); 3° la présence des tumeurs (carcinomes, kystes biliaires et hydatiques, syphilomes, tubercules (4) etc.) ; 4° les dégénérescences graisseuse et amyloïde qui y sont fréquentes ; 5° le degré de consistance, etc.

Après avoir passé le couteau sur la surface de la coupe, on a à examiner les lobules, leur coloration (centre et périphérie, partie moyenne dans la dégénérescence amyloïde), les différences de niveau (centre plus enfoncé dans la congestion chronique, etc.), l'état du triangle porte, etc.

On pratique s'il en est besoin des coupes accessoires en nombre indéterminé selon que l'on juge utile de procéder à l'examen de telle ou telle partie de l'organe qui semble lésée. Il est nécessaire de multiplier les coupes, car sans cela on s'exposerait à *laisser* passer inaperçues d'anciennes lésions, par exemple des kystes hydatiques guéris. (*A suivre*).

Enseignement supérieur ; Limite d'âge des professeurs.

Sous le titre : *Un incident au Muséum*, la *Revue scientifique* publie, sous la signature de M. G. Pouchet, professeur d'anatomie comparée au Muséum, l'article suivant, qui nous paraît tout à fait digne de fixer l'attention de nos lecteurs.

(1) On est encore peu fixé sur le volume (longueur 12 à 21 centimètres), et sur le poids du pancréas à l'état normal. Les poids donnés par M. Sappey varient de 30 à 104 grammes.

(2) Nous en avons observé à Bicêtre un cas.

(3) L'un de nous a eu l'occasion d'observer deux cas d'absence de la vésicule biliaire ; cette anomalie est assez rare chez l'homme; les deux pièces existent au musée d'anatomie pathologique de la faculté de Genève, et ont été recueillies dans deux autopsies très-rapprochées (la première en date faite par le professeur Zahn, la seconde par son assistant).

(4) Il n'y a pas lieu ici de faire attention aux organes qui se trouvent sectionnés lors de cet enlèvement, car tous ont été déjà examinés et enlevés en cas de besoin.

(5) Poids chez l'adulte : 1500 grammes environ. — Diamètre transversal de 25 à 30 centimètres ; diamètre antéro-postérieur, 20 centimètres ; diamètre vertical, 6 à 9 centimètres.

(6) On doit ici distinguer le sillon du corset des *sillons costaux* et des sillons *diaphragmatiques*. Ces derniers correspondent à des plis de même nature du côté du diaphragme, correspondant aux sillons du foie. Ces plis et sillons considérés par quelques auteurs (Orth, etc.) comme congénitaux, ont à notre avis été bien démontrés par M. Zahn, comme étant dus à l'hypertrophie des fibres du diaphragme au niveau de ses digitations. On les observe principalement sur la face convexe droite du foie et à la suite de maladies chroniques ayant entraîné à leur suite une gêne respiratoire de longue durée. La capsule de Glisson du fond des sillons est tantôt épaissie, tantôt normale (voir pour plus de détails, Zahn, *Note sur les plis respiratoires du diaphragme et les sillons diaphragmatiques du foie* (*Revue médicale de la Suisse romande*, p. 19-24, 15 janvier 1882).

(1) Si l'on veut noter exactement la quantité de la bile contenue dans la vésicule, on doit alors pratiquer la coupe au-dessus d'un vase ou de tout autre récipient.

(2) Ici, comme pour les autres organes, l'action mécanique semble jouer un rôle important dans le développement des tumeurs ; c'est ainsi que le cancer de la vésicule est le plus souvent accompagné de calculs. Cette action est toutefois niée par quelques auteurs qui considèrent les calculs comme secondaires à l'affection.

(3) Les rameaux de la veine hépatique sont béants, à parois très-minces, et ne sont pas accompagnés comme ceux de la veine porte d'artère et de canal biliaire

(4) Ceux-ci excessivement fréquents, ne sont cependant signalés que rarement dans les procès-verbaux d'autopsie ; cela tient à la difficulté de les reconnaître macroscopiquement dans le foie.

« Plusieurs journaux ont entretenu le public d'incidents qui se sont passés au Muséum, incidents graves pour la dignité et l'indépendance de la chaire d'anatomie comparée que j'ai l'honneur d'y occuper et le devoir de défendre. Voici les faits : il n'est peut-être pas sans intérêt de les porter à la connaissance de tous, au moment où l'on discute beaucoup la part d'anatomie qu'il conviendrait de laisser aux facultés.

« Au commencement de novembre, l'assemblée des professeurs du Muséum décida subitement d'enlever à mon service deux salles, pour les attribuer au service de la paléontologie stratigraphique qui venait cependant de recevoir un accroissement de locaux considérable. La délibération qui me touche et que j'ai par conséquent le droit d'examiner ici, porte que la collection de squelettes de bœufs déposée provisoirement dans ces salles en sera enlevée, et lesdites salles rendues à la paléontologie. Or, ce sont là deux allégations absolument inexactes. Je mets au défi qu'on trouve que la collection de squelettes de bœufs ait jamais été mise dans ces salles à titre provisoire, et non définitif. Je mets au défi qu'on prouve que ces salles aient jamais appartenu à la paléontologie stratigraphique à laquelle on prétend les *rendre*.

« Malheureusement, on ne s'est pas donné le temps d'examiner l'affaire. On était si pressé que l'honorable directeur du Muséum, M. Rémy, voulut même faire exécuter *manu militari* la décision prise, alors que j'en avais appelé au ministre de l'instruction publique.

« L'affaire en est là. Mes deux salles sont fort peu de chose, bien que je ne voie pas trop où l'on mettra les squelettes de bœufs. Mais une grave question de principe est engagée. Chaque professeur de l'enseignement supérieur reçoit, en vertu de sa nomination, des locaux, un personnel, la disposition d'un budget, etc... Quelque autonomie qu'on nomme à un corps enseignant — Muséum ou faculté — il est absolument inadmissible que ce corps enseignant puisse, de sa pleine autorité, tailler, rogner, dans le service d'un professeur au bénéfice d'un autre. Il est clair que la corporation peut et même doit proposer les changements intérieurs qu'elle croit avantageux. Mais il appartient évidemment au seul pouvoir administratif, au pouvoir qui nomme les professeurs, de rendre ces modifications définitives et de prononcer en dernier ressort. Ceci ne se discute pas, c'est le bon sens même. Autrement il n'y aurait plus aucune garantie pour personne, ni aucune indépendance en face de collègues armés du droit de vous dépouiller.

« J'ignore quelle décision prendra le Ministre dans le conflit actuel. Mais il suffira qu'il se prononce, qu'on sache qu'on peut en appeler à lui, pour que chacun se sente protégé et garanti contre des majorités irresponsables, et par suite exposées à devenir facilement tyranniques. »

C'est l'*Assemblée des professeurs du Muséum* qui a pris la décision, critiquée avec raison par M. le professeur, Georges Pouchet. Or, si l'on examine l'âge des professeurs qui composent cette assemblée, on y trouve, entre autres, un professeur âgé de 98 ans, un de 84 ans, un de 70 ans, etc. Comment veut-on que des hommes aussi vénérables soient au courant des besoins réels de l'enseignement, tels que les comprennent les professeurs en pleine activité intellectuelle? Cela n'est pas possible. Il est donc du devoir de M. le Ministre de l'Instruction publique de se séparer de ces hommes vénérables en leur assurant, si cela est nécessaire, la retraite honorable à laquelle leur donne droit leurs longues années de service.

L'intoxication mercurielle aux mines d'Almaden.

Sous ce titre nous avons publié dans le nº 49 (1884), un article très intéressant de M. P. Raymond, interne des hôpitaux. A ce propos, nous avons reçu une lettre de M. Germain Sée, qui nous rappelle que M. Théophile Roussel, ancien interne des hôpitaux, sénateur, a publié dans *l'Union médicale* (1844 ou 1845), une description de la maladie des mineurs d'Almaden. Nous donnons ce renseignement qui pourrait être utile aux personnes qui voudraient comparer les observations recueillies sur ce sujet à deux périodes éloignées.

Récompenses décernées par l'Académie de médecine aux médecins d'épidémie.

Par arrêté en date du 21 janvier 1885, et sur la proposition de l'Académie de médecine, le ministre du commerce vient de décerner les récompenses suivantes aux personnes qui se sont distinguées par leurs travaux spéciaux sur les épidémies, pendant l'année 1883. — *Médailles d'or* : Dr Mauricet (de Vannes), médaille d'argent en 1879; rappels en 1881 et 1882, pour son remarquable *compte rendu des épidémies et épizooties du Morbihan, en* 1883. — Dr Coustan, médecin-major à l'hôpital militaire de Bordeaux (médaille d'argent en 1881), pour ses *trois rapports sur les épidémies de Tunisie et d'Algérie de* 1881 à 1883. — *Médailles d'argent* : Dr Blanquinque (de Laon), pour son *rapport général sur les épidémies du département.* — Dr Bousseau (de Maine-et-Loire) (médaille de bronze en 1881), pour son *rapport sur l'épidémie de fièvre typhoïde au bourg de la Romagne.* — Dr Fichot (de Nevers), médaille de bronze en 1881), pour son *rapport sur les épidémies du département de la Nièvre.* — Dr Guidoni (de Calvi, Corse), (médaille de bronze en 1873), pour ses *rapports sur une épidémie de fièvre typhoïde à Montestremo, et sur une épidémie de variole à Galeria.* — Dr Rousseau (de Vouziers), (médaille de bronze en 1880), pour son *rapport sur les épidémies de son arrondissement.* — Dr Spitalier (de Grasse), (médaille de bronze en 1877), pour son *rapport sur les épidémies de Saint-Auban et Briançonnet.* — *Médailles de bronze* : Dr Bompaire (de Millau), pour son *rapport sur la fièvre typhoïde de la Couvertoirade.* — Dr Bourgeois, médecin-major au 7e cuirassiers, pour son *rapport sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a sévi à la caserne de l'Ecole militaire de Paris.* — Dr Burlureaux, médecin-major au régiment de sapeurs-pompiers de Paris, pour son travail sur *les maladies observées en Tunisie* de 1881 à 1883. — Dr Calmels (de Carmaux, Tarn), pour son *rapport sur les causes d'une intoxication saturnine* qui avait atteint plus de 50 personnes. — Dr Coronat (de Gap), pour son *rapport sur les épidémies de l'arrondissement.* — Dr Empereur (de Moutiers), *plusieurs rapports sur les épidémies cantonales.* — Dr Fauré (de Foix), pour son *rapport sur l'épidémie de variole du département de l'Ariège.* — Dr Fleys (d'Aurillac), pour son *rapport sur les épidémies de l'arrondissement.* — Dr Grange (de Saint-Jean-de-Maurienne), pour son *rapport sur une épidémie de fièvre typhoïde à Saint-Sorlin.* — Dr Larue (de Laval), pour son *rapport sur une épidémie de diphtérie, dans l'arrondissement de Laval.* — Dr Lemoine (de Château-Chinon), pour ses *deux rapports sur une épidémie de fièvre typhoïde à Moulins-Engilbert, et sur une épidémie de diphtérie à Glux.* — Dr Petel (de Louviers), pour son *rapport sur la diphtérie dans l'arrondissement, pendant les années* 1881, 1882 *et* 1883. — Dr Petit (de Saint-Jean-de-Maurienne), *plusieurs rapports sur les épidémies cantonales.* — Dr Rességuier (de Carcassonne), pour son *rapport sur les épidémies de variole ayant sévi dans l'arrondissement.* — *Rappels de médailles d'or* : Dr Mignot (de Chantelle), (4e rappel), pour son *rapport général sur les épidémies de l'Allier.* — Dr Pilat (de Lille, (1e rappel, pour son *rapport général sur les épidémies du département du Nord.* — Dr Paris (de Versailles), (2e rappel), pour son *rapport général sur les épidémies de Seine-et-Oise.* — Dr Perroud (de Lyon), (2e rappel), pour son *rapport sur les épidémies de Lyon.* — Dr Daga, médecin-inspecteur du service de santé de l'armée, pour son *mémoire sur la fièvre typhoïde qui a régné à Nancy en* 1880. — Dr Manouvriez (de Valenciennes), pour son *rapport sur les épidémies de l'arrondissement de Valenciennes et ses études hygiéniques sur l'endémie houillère d'Anzin.* — *Rappels de médailles d'argent* : Dr Barbrau (de Rochefort), (5e rappel), pour son *rapport sur les épidémies de l'arrondissement.* — Dr Prestat (de Pontoise), (5e rappel), pour son *rapport sur les épidémies de l'arrondissement.* — Dr Pennetier (de Rouen), (3e rappel), pour son *rapport sur les épidémies de l'arrondissement.* — Dr Homo (de Château-Gontier, (2e rappel), pour son *rapport sur les épidémies de l'arrondissement.* — Dr Jablonski (médaille d'argent en 1882), pour son *rapport sur les épidémies de Poitiers.* — Dr Pujos (d'Auch), (médaille d'argent en 1882), pour son *rapport sur les épidémies du Gers.* — Dr Fournier (de Soissons), (médaille d'argent en 1880), pour son *rapport sur les épidémies de l'arrondissement.* — Dr Amat, médecin-major (médaille d'argent en 1880), pour son *mémoire sur la fièvre typhoïde en Algérie.* — Dr Aufrun (d'Oléron), (médaille d'argent en 1880), pour son *rapport sur les épidémies de l'arrondissement.* — Dr Decool (d'Hazebrouck), (médaille d'argent en 1882), pour son *rapport sur les épidémies de l'arrondissement.*

L'Enseignement de l'anatomie à l'Ecole pratique : Appréciation du *New York medical Journal*.

Pour la première fois, en 1884, si nous ne nous trompons, le *New-York medical Journal* a publié un *Numéro des Etudiants*. Dans ce numéro, il parle dans les termes suivants de l'enseignement anatomique à Paris :

« Le laboratoire entier est sous la direction de M. Farabeuf qui vient chaque jour pour diriger et stimuler le travail des aides et des élèves. Il va de table en table questionnant les étudiants, suggérant les questions qui présentent quelque intérêt ou écoutant les cours. Grâce à son agréable façon d'être, ses relations avec les élèves sont particulièrement faciles. Il s'arrange de façon à les exciter au travail, à éveiller leur curiosité ; il fait désirer son approbation. Les élèves dans la salle de dissection sont divisés en deux classes selon leurs années de travail. Leur étude de dissection est progressive et excessivement minutieuse. Pendant le der-

nier semestre plus de 500 élèves disséquaient journellement. Les cours de chirurgie opératoire pour les élèves de quatrième année se font dans le même établissement et sont également admirables. Les cours se font chaque jour et chaque opération est minutieusement décrite et faite avec grand soin sur le cadavre. On se sert de modèles, de planches et de dissections pour expliquer les moindres points. Chaque étudiant paye 40 francs par an pour obtenir le droit de travailler au laboratoire et les matériaux lui sont fournis sans frais. Des prix sont offerts pour les plus belles dissections et quelques-unes des plus remarquables préparations des musées sont attribuées au lauréat. Personne ne peut demeurer un mois à Paris sans apprécier les avantages de cette soigneuse éducation anatomique. (Nº du 4 octobre 1884, p. 385.)

Une manifestation à l'Ecole de médecine. — M. Robin.

Le 27 janvier, à peine M. le professeur Duplay finissait-il son cours, que l'amphithéâtre a été envahi par une masse d'étudiants qui, pour s'excuser vis-à-vis du professeur, lui ont prodigué de chaleureux applaudissements.

A peine M. Robin faisait-il son entrée que les mêmes applaudissements, cette fois-ci tout à fait ironiques, éclataient à nouveau. M. Robin remercie alors les étudiants disant : *Que s'il était sénateur c'était...* etc. A ce moment les cris : *Au Sénat! Au Sénat! A bas le cumul!* partent de tous côtés. M. Robin essaie de se faire entendre. « Nous avions des *matières importantes*, dit-il... *Au Sénat! démission! démission!* crient les étudiants montrant ainsi l'estime qu'ils professent pour l'enseignement de M. Robin, qui avait promis, s'il était nommé, d'opter pour le mandat sénatorial. Celui-ci est obligé de se retirer poursuivi par les cris de *démission* et les huées des étudiants. »

Université catholique de Lille.

« Le tribunal civil de Lille va avoir à juger sous peu une affaire intéressante. M. ROLAND, professeur de droit criminel, intente un procès à MM. Hautcœur, recteur, et de Labroué, vicomte de Vareilles-Sommières, doyen de la Faculté catholique de Lille, et leur demande 100,000 francs de dommages-intérêts. M. Roland, admis après concours professeur de ladite Faculté, s'est vu dans l'impossibilité d'exercer par suite d'une décision non motivée de l'évêque. » (*Lanterne*, 27 janvier 1885).

Thèses de la Faculté de Médecine.

Mardi 3. — M. Labry. De la cocaïne et de ses applications en ophthalmologie. — M. Richardière. Etude sur les scléroses encéphaliques primitives de l'enfance. — *Mercredi* 4. — M. Colleville. Anasarque sans albumine. — M. Caulier. Glossite profonde aiguë. — *Jeudi* 5. — M. Rogier. Hyperosthoses généralisées. — M. Oursel. Contribution à l'étude des affections oculaires dans les troubles de la menstruation. — M. Boulanger. Contribution à l'étude de fièvre Zoster. — M. Maréchal. Des troubles nerveux dans l'intoxication mercurielle lente. — *Vendredi* 6. — M. Dargaud. De l'hémiplégie faciale dans la période secondaire de la syphilis. — M. Piliotis. Névrite périphérique du cubital consécutive à la fièvre typhoïde. — *Samedi* 7. M. Lainey. De l'avancement capsulaire. — M. Gouzer. De la suppuration des bourses séreuses.

Enseignement médical libre.

Cours d'accouchements en 42 leçons. — MM. BAR et AUVARD recommenceront leur cours le lundi 16 février à 4 heures 1/2, 5 rue du Pont-de-Lodi. MM. les étudiants seront exercés aux manœuvres obstétricales. Pour les renseignements et pour se faire inscrire, s'adresser soit à M. le Dr Bar 4, rue Saint-Florentin, soit à M. le Dr Auvard, 21, rue de Lille, les lundi, mercredi et vendredi à 1 heure 1/2.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 18 janvier au samedi 24 janvier 1885, les naissances ont été au nombre de 1186, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 457; illégitimes, 164. Total, 621. — *Sexe féminin* : légitimes, 433 ; illégitimes, 132. Total, 565.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881, 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 18 janvier au samedi 24 janvier 1885, les décès ont été au nombre de 1200 : savoir : 627 hommes et 573 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Choléra : M. 1 F. .. T. 1 — Fièvre typhoïde : M. 13. F. 6. T. 19. — Variole : M. 1.. F, 3, T. 4. — Rougeole : M. 18, F. 20, T. 38. — Scarlatine : M. 1, F. 1, T, 2. — Coqueluche : M. 1. F. 3. T. 4. — Diphthérie, Croup. M. 18, F. 18, T. 38. — Dyssenterie : M. .. F. ., T. .. — Erysipèle : M. 3, F. ., T. 3. — Infections puerpérales : 4 — Autres affections épidémiques : M. ., F. ., T. .. — Méningite tuberculeuse et aiguë : M. 18, F. 19, T. 37. — Phthisie pulmonaire : M. 108, F. 58. T. 166. — Autres tuberculoses : M. 16, F. 6. T. 22. — Autres affections générales : M. 28, F. 38. T. 66. — Malformations et débilité des âges extrêmes : M. 26, F. 46, T. 72. — Bronchite aiguë : M. 26 F. 30. T. 56. — Pneumonie : M. 61, F. 70, T. 131. — Athrepsie : M. 31. F. 25 T. 56. — Autres maladies des divers appareils : M. 235, F. 207, T. 442. — Après traumatisme : M. ., F. ., T. .. — Morts violentes : M. 17, F. 8. T. 25. — Causes non classées M. 5, F. 6, T. 11.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 94 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 28 ; illégitimes, 14. Total : 42. — *Sexe féminin* : légitimes, 35 ; illégitimes, 17. Total : 52.

ASSISTANCE PUBLIQUE. — Le Dr MEIGE, rue Malar, 37, est nommé médecin attaché au service du traitement à domicile du VIIe arrondissement.

NOMINATIONS. — Notre ami, M. Arch, WATSON, docteur en médecine de la faculté de Paris et de l'université de Gottingue, prosecteur à Charing Cross Medical College Fellow du Collège royal des chirurgiens d'Angleterre, vient d'être nommé professeur d'anatomie et chef des travaux anatomiques à l'université d'Adélaïde (Australie). M. Watson a étudié longtemps en France, en particulier sous la direction de Broca, il a été un des élèves les plus assidus de l'école pratique et on peut dire que c'est en grande partie à l'éducation médicale, qu'il a prise à notre école, qu'il doit sa nomination.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — M. PIÉCHAUD, professeur agrégé, est chargé, jusqu'à la fin de l'année 1884-1885, d'une conférence sur l'*anatomie des régions*. — Les concours pour le clinicat en chirurgie et en ophthalmologie auront lieu dans le courant du mois.

INSTITUT ROYAL DES SCIENCES DE LOMBARDIE. — Le prix Fossiati vient d'être décerné à M. LUIGI LUCIONI, professeur à l'Université de Florence, pour son mémoire sur les *localisations sensorielles dans l'écorce cérébrale*.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE. — M. le Dr LEGAY est nommé chef des travaux pratiques d'anatomie pathologique et d'histologie, en remplacement de M. Leroy.

HÔPITAUX DE BORDEAUX. — M. le Dr LUGEOL, chirurgien-adjoint de la Maternité, a été nommé chirurgien en chef, en remplacement de M. le Dr Flornoy, arrivé à l'expiration de son temps de titulariat.

CONSEIL D'HYGIÈNE ET DE SALUBRITÉ PUBLIQUE DE TOULON. — Le Conseil d'hyiène de Toulon s'est réuni le 16 janvier dernier, pour donner son avis sur les mesures à prendre au point de vue de l'hygiène et de la salubrité de la ville, spécialement en ce qui concerne la rue Picot, où le choléra a fait de nombreuses victimes, par suite de l'existence de *puits perdus*, dans lesquels croupissent les eaux ménagères. Le conseil a émis le vœu que les ruisseaux de la ville soient cimentés, et les puits perdus comblés dans le plus bref délai.

HÉROÏSME DE DEUX MÉDECINS. — Sous ce titre on lit, dans la *Gazette médicale de Paris*, les récits suivants : Segundo MANTEROLA, médecin d'un vapeur qui venait de sombrer sur les côtes de Galice, au moment d'entrer dans le canot de sauvetage, cède sa place à un des passagers restés sur le vaisseau, puis se livre à la merci des flots. Il surnagea quelque temps, et on put le voir calme, d'une sérénité admirable, en attendant la mort. — G.-F. VALDÈS était également dans une embarcation naufragée. Il y a un seul espoir de salut, il consiste à amener un câble jusqu'à terre. Les premiers qui s'y sont essayés se sont noyés. Valdès sollicite instamment la permission de recommencer l'entreprise ; autorisé, il se jette à la nage et a le bonheur de réussir, sauvant d'une mort certaine les 170 hommes qui étaient sur le vapeur.

MÉDECINS SÉNATEURS — Aux élections sénatoriales de dimanche dernier, les Drs Ch. Robin et Goujon (Ain), Cornil (Allier), Garrigat (Dordogne), Georges Martin (Seine), Combes (Charente-inférieure), Libert (Orne), ont été élus sénateurs.

FACULTÉ DES SCIENCES DE TOULOUSE. — M. BARTHÉLEMY, docteur ès sciences, est chargé du cours de zoologie, en remplacement de M. Filhol.

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE. — M. l'aide-pharmacien auxiliaire MAGE est désigné pour aller servir à la Nouvelle-Calédonie, en remplacement de M. Forgue, rappelé en France.

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — MM. LUCES et BODIMIER, médecins aides-majors de 1re classe aux hôpitaux militaires de Constantine et d'Alger, ont été mis à la disposition de M. le Général commandant en chef le corps expéditionnaire du Tonkin, pour le service des ambulances.

SYNDICAT MÉDICAL DE GRENOBLE. — Ce syndicat a voté à l'unanimité des membres présents la proposition suivante : « Les mem-

bres du syndicat s'engagent moralement à détourner leurs clients, le cas échéant, des pharmaciens exerçant notoirement la médecine.»

Conférence sanitaire internationale. — On dit que cette conférence, dont le ministre des affaires étrangères d'Italie a pris l'initiative, il y a déjà longtemps, se réunira à Rome dans deux ou trois mois (*Revue médicale française et étrangère*).

Maternité de Pau. — Un concours est ouvert à la préfecture des Basses-Pyrénées, pour l'emploi de directrice du cours départemental d'accouchement. On se fait inscrire à la préfecture des Basses-Pyrénées (1re division), jusqu'au 1er mars prochain.

Société de Géographie. — La Société de Géographie de Paris a dans sa séance du 9 janvier, accordé à M. le Dr Neis, médecin de la marine, une médaille d'or pour ses quatre voyages en Indo-Chine et dans les parties inexplorées jusque-là du Laos.

Médecin-Député. — Le Dr Javal (de Paris) a été élu député du département de l'Yonne.

Université de Pérouse. — M. le Dr Rousta est nommé professeur de matière médicale.

Mission scientifique. — M. le Dr Gibier, aide-naturaliste au Muséum, est chargé d'une mission en Allemagne, ayant pour but d'étudier l'organisation des laboratoires de microbiologie.

Conférences. — M. le Dr de Lanessan fera le lundi, 2 février, à la salle de l'Ermitage, rue de Jussieu, 29, à 8 h. 1/2 du soir, une conférence dont le sujet est *Buffon transformiste*. Cette conférence donnée sous les auspices de la *Bibliothèque populaire du* ve *arrondissement*, est gratuite.—Le dimanche 1er février 1885, à 2 h. 1/2 très précises, M. le Dr Georges, maître de conférences à l'Institut national agronomique, fera une conférence sur *les premiers secours dans les accidents du travail.*

Nouveau journal. — Nous recevons le premier numéro de la *Revista Balear*, revue bi-mensuelle paraissant à Palma, le 1er et le 15 de chaque mois, sous la direction du Dr Muntanier.

Choléra. — Le choléra est complètement disparu de France. Voici la statistique des derniers cas observés : *Seine*, 12-19 déc., 12 ; 20-26 déc., 4 ; 27 déc.-8 janv., 1 ; 3-9 janv. 1 ; 10-16 janv., 0. — *Vendée* (Noirmoutiers), 12-19 déc., 0 ; 20-26 déc., 12 ; 27 déc. 6 janv., 1 ; 3-9 janv., 5 ; 10-16 janv., 0.

Vacances médicales. — Le Conseil municipal de la ville de Relizane, arrondissement de Mostaganem (province d'Oran), a voté une indemnité annuelle de 1,500 francs pour le docteur en médecine qui voudrait s'installer dans cette ville. Cette ville compte plus de 5,000 habitants d'origine européenne. Les candidats doivent adresser leur demande à M. le maire de Relizane (*Courrier médical*).—On demande un médecin de colonisation à Gouraya, près Alger. Il y a un traitement fixe. S'adresser au maire du pays.

Universités étrangères. — Sont nommés professeurs ordinaires et professeurs extraordinaires, à la faculté de Moscou, les privat-Docent : Erismann (hygiène) ; Tichomirow, Bogolowski (pharmacie et pharmacologie) ; Scherwinski (anat. pathologique) ; Zelzinski (pathologie) : Manssurow (dermatologie) ; Ssinizyn (pathologie chirurgicale) ; Makejew et Snigirew (accouchements).

Nécrologie. — le Dr De Bie. — M. Aug. Jansen, médecin militaire belge de 1re classe. — M. le Dr K. Lebeden, ancien professeur à l'université de Moscou. — M. le Dr Van den Schrick, de Hal, père du président de la Fédération médicale belge. — M. le Dr Heinrich Grimm, ancien médecin en chef de l'armée prussienne. — M. de Jolly, professeur de physique à l'université de Munich. — M. le Dr Refroigney, gendre de Gratiolet. — M. le Dr Félix Goueill (de Collioure). — M. le Dr van den Schrick (de Hal). — M. le Dr Paul, ancien médecin principal en chef de l'hôpital du Dey. — M. le Dr Joseph Moussoux (de Dinan). — On annonce la mort des Drs Kraus, privat-Docent à la faculté de Prague, et Stein, professeur de zoologie à la même faculté ; du Dr prof. Esmark, directeur du Jardin zoologique de Christiania.

Chronique des hôpitaux.

Hôpital Tenon. — Consultation de médecine. — Lundi, M. Trauss, mardi, M. Landouzy, mercredi, M. Troisier, jeudi, M. Hanot, vendredi, M. Gaillard-Lacombe, samedi, M. Dreyfus-Brissac, les consultations ont lieu à 10 heures du matin.

Consultation de chirurgie. — M. Lucas-Championnière, lundi, mercredi, vendredi à 10 heures. M. Gilette, mardi, jeudi, samedi à 10 heures.

Service de M. R. Moutard-Martin. Visite à 9 heures. — Salle Parrot (H.) : 2, insuffisance mitrale ; 8, néphrite aiguë ; 11, pleurésie aiguë ; 16, carcinome de l'estomac ; 17, rhumatisme articulaire aigu ; 23, insuffisance mitrale, morphionomie ; 26, maladie d'Addison. — Salle Maurice Raynaud (F.) : 1, rhumatisme articulaire aigu ; 5, Lithiase biliaire, ictère ; 10, insuffisance mitrale ; 16, hystérie ; 18, myélite aiguë ; 21, myélite transverse ; 28, embolie cérébrale. — Salle Lorain (H.) : 2, kyste hydatique du foie ouvert dans les bronches ; 3, pneumonie ; 6, rhumatisme aigu avec endocardite ; 13, paralysie générale ; 28, pleurésie aiguë, thoracentèse ; 30, néphrite.

Service de M. Troisier. Visite à 9 heures. — Salle Magendie (Hommes) : 2, hémiplégie, tuberculose pulmonaire ; 4, adénopathie bronchique ; 5, anémie, dilatation de l'estomac, lavages ; 9, kyste hydatique du foie ; 12, endocardite ulcéreuse ; 15, paraplégie hystérique ; 21, rétrécissement et insuffisance aortique, amaurose. — Salle Laënnec (F.) : 2, aphasie ; 5, pleuro-pneumonie gauche ; 9, rhumatisme articulaire, lésion interne ; 12, fièvre typhoïde ; 13, ulcère d'estomac ; 16, rein mobile ; 18, néphrite. — Salle Bichat (H.) : 2, péri-tonite tuberculeuse ; 3, rétrécissement mitral ; 4, rétrécissement et insuffisance mitrale ; 6, paralysie du bras par compression ; 8, ictère catarrhale, alcoolisme ; 9, pleurésie gauche, 2, ponctions ; 15, 19, fièvre typhoïde ; 16, cancer du larynx, trachéotomie ; 18, insuffisance mitrale, asystolie ; 21, ectomélye, mal de Pott, spina bifida.

Service de M. Danlos. Visite à 9 heures. — Salle Pidoux (H.) : 11, rhumatisme articulaire aigu ; 17, insuffisance et rétrécissement mitral ; 19, cancer du foie ; 22, fièvre typhoïde ; 28, ataxie. — Salle Trousseau (H.) : 14, 31, ataxie ; 15, rhumatisme, fièvre mitrale ; 16, pleurésie gauche ; 32, pneumonie franche. — Salle Cruveilhier (F.) : 4, érysipèle de la face ; 5, rhumatisme articulaire aigu, insuffisance mitrale ; 12, atonie, syphilis ; 21, myélite ascendante.

Service de M. Gaillard-Lacombe. Visite à 9 heures. — Salle Barth (H.) : 1, laryngite tuberculeuse ; 8, paralysie générale néphrite interstitielle ; 9, paralysie agitante ; 10, myélite transverse ; 13, gangrène pulmonaire ; 17, néphrite aiguë ; 24, syphilides cutanées. — Salle Converchel (F.) : 1, péritonite tuberculeuse ; 2, néphrite interstitielle ; 5, insuffisance mitrale ; 6, pleurésie tuberculeuse ; 8, gangrène pulmonaire ; 12, pelvi-péritonite aiguë ; 18, néphrite ; 22, insuffisance mitrale.

Service de M. Lucas-Championnière. — Visite à 9 h. 1/2. — Salle Nélaton (H.) : 1, contusion du rein ; 3, tumeur blanche du genou ; 4, fistule pleurale ; 7, fracture bimalléolaire ; 15, abcès froid costal ; 17, rétrécissement de l'urèthre ; 19, arthrite blennorrhagique ; 22, phlegmon de la main. — Salle Lisfranc (H.) : 6, carie des métatarsines gauches ; 8, fracture de la rotule gauche ; 11, sarcôme de la parotide ; 16 *bis*, hygroma suppuré. — Salle Boyer (Femmes) : 4, polype de l'utérus ; 8, kyste de l'ovaire. — Salle Richard Wallace (F.) : 2, tumeur érectile du cuir chevelu ; 3, corps fibreux sous-péritonéaux ; 6, fracture compliquée de l'extrémité inférieure de l'humérus ; 9, ostéite vertébrale ; 10, épiplocèle étranglée ; 18, tumeur végétante de l'ovaire ; 22, hernie inguinale irréductible.

Service de M. Gillette. Visite à 9 heures. — Salle Seymour ; 2, rétrécissement de l'urèthre ; 5, résection du coude ; 9, corps étranger de la vessie ; 11, kyste du cœur poplité ; 12, empyème, opération d'Estlander. — Salle Martym : 12, kyste de la paroi abdominale ; 19, double fistule pénienne ; 26, tumeur blanche du genou.

Actes de la Faculté de Médecine.

Lundi 2. — 3e *de Doctorat* (N. R., 2e partie) : MM. Vulpian, Charcot, A. Robin. — 5e *de Doctorat* (A. R.,) (Charité) : MM. Potain, Guyon, Ribemont-Dessaignes.

Mardi 3. — (Epreuve pratique) Médec. opérat. : MM. Le Fort, Duplay, Humbert. — 4e *de Doctorat* : MM. Cornil, Proust, Hallopeau. — 5e *de Doctorat* (A. R.,) (Charité) : MM. Pajot, Laboulbène, Bouilly.

Mercredi 4. — (Epreuve pratique) Dissection : MM. Béclard. Verneuil, Remy. — 2e *de Doctorat* (A. R.,) : MM. Guyon, Joffroy, Rendu. — 3e *de Doctorat* (N. R., oral, 1re partie) : MM. Tarnier, Lannelongue, Segond.

Jeudi 5. — 1er *de Doctorat* (A. R., or.) 1re *Série* : MM. Sappey, Cornil, Debove ; — 2e *Série* : MM. Le Fort, Bouchard, Bouilly. — 3e *de Doctorat* (N. R.,) oral, 1re partie) : MM. Pajot, Richet, Richelot.

Vendredi 6. — (Epreuve pratique) Méd. opér. : MM. Guyon, Lannelongue, Segond. — 2e *de Doctorat* (N. R., oral, 1re partie) : MM. Vulpian, Charcot, Reynier. — 3e *de Doctorat* (N. R., oral, 1re partie) : MM. Verneuil, Tarnier, Terrillon. — 5e *de Doctorat* (A. R.,) (Charité) : MM. Trélat, Potain, Ribemont-Dessaignes.

Samedi 7. — 2e *de Doctorat* (A. R., oral.) 1re *Série* : MM. Hardy, Ball, Humbert ; — 2e *Série* : MM. Richet, Jaccoud, Hutinel. — 4e *de Doctorat* : MM. Brouardel, Peter, Quinquaud. — 5e *de Doctorat* (N. R., 2e partie) (Hôtel-Dieu) : MM. Laboulbène, Cornil, Raymond.

13e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. I. N° 6. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 7 FÉVRIER 1885.

Le Progrès Médical

CLINIQUE MÉDICALE

Notes sur l'épidémie de choléra observée à l'hôpital Bichat en 1884 ;

Par M. **Marcel LERMOYEZ**, interne des hôpitaux.

I. Lorsqu'en juin 1884 le choléra débarqua à Toulon et en peu de jours se fit menaçant pour le reste de la France, l'Administration de l'Assistance publique voulant recevoir convenablement le *fléau*, dont l'arrivée immédiate à Paris était prédite par plusieurs de nos maîtres, désigna deux hôpitaux bien isolés, les Mariniers au sud, Bichat au nord, pour recueillir tous les cholériques parisiens à venir. L'évacuation frappa par deux fois l'hôpital Bichat et y aliéna en permanence 130 lits; cependant, les quelques soixante-dix cholériques qui y affluèrent en l'espace de cinq mois, furent exclusivement soignés dans le service de notre excellent maître et chef le Dr Gouguenheim ; nous eûmes l'heureuse chance de les observer tous, sous sa direction, et nous recueillîmes ces quelques notes qu'il nous conseilla de publier à simple titre de document pouvant servir aux épidéméiologistes futurs.

II. Nous ne voulons point parler de la première épidémie de Bichat, dont M. le Dr Terrier s'est fait l'historien, dans une lettre publiée par l'*Union médicale* du 9 novembre 1884. En trois mois, la préfecture de police nous envoya une quarantaine de victimes du choléra, parmi lesquelles notre statistique eut à enregistrer nombre d'indigestions, quelques bronchites, beaucoup de vieillesses et de misères, un ulcère de jambe, des phthiriases et quelques vengeances particulières. Pourtant un jour, au commencement d'août, on nous amena un vrai cholérique ; l'affaire fit grand bruit, l'honneur de Bichat était sauvé. Ce malheureux éveilla tant de curiosités, reçut tant de visites, qu'il se crut à la fin un personnage important, et mourut tout fier : à son autopsie, on trouva la psorentérie bien caractérisée. Ainsi commença, par la mort d'un chiffonnier de Clichy, le choléra parisien de 1884. Après cela, il fallut attendre six semaines, soigner des phtisiques, deux cardiaques, une hernie, une métrite, voire même une fracture de côtes (celle-ci envoyée d'urgence par un commissaire de police qui avait flairé un cas grave, vu le début brusque des accidents et de la douleur), pour voir revenir un second vrai cholérique. D'autres, en très petit nombre, suivirent (sept en tout, donc cinq décès); 7 cholériques en 3 mois pour 130 lits donnent, d'après un calcul imité de celui de M. Terrier, environ 1/1700 de cholérique par lit et par jour.

Alors l'Administration prit une grave résolution et rendit Bichat à ses malades habituels. Le 1er novembre nos salles étaient de nouveau remplies. Aussitôt — le surlendemain — le choléra, qui semblait n'attendre que cette occasion favorable, éclata à Paris, Par ordre supérieur, les 130 lits furent de nouveau évacués. Cette fois pourtant, le fléau nous gratifia de quelques cholériques, mais parcimonieusement, à doses fractionnées.

III. Soixante et un cholériques vrais nous furent envoyés par les soins de la police municipale, deux seulement vinrent directement s'adresser au bureau de l'hôpital. Le tableau suivant indique la provenance et le sort plus ou moins heureux de ces malades.

LIEUX DE PROVENANCE.	GUÉRIS.	MORTS.	TOTAL.
2e arrondissement. . . .	1	1	2
10e —	2	»	2
11e —	1	1	2
17e —	4	1	5
18e —	5	6	11
19e —	6	9	15
20e —	2	6	8
Clichy-Saint-Ouen. . . .	8	7	15
Aubervilliers	1	1	2
Bondy	»	1	1
Totaux. . . .	30	33	63

Soit une mortalité de 52 0/0 environ.

Cette statistique est surtout intéressante en un point. Bichat est situé à la porte de Saint-Ouen, à la limite des XVIIe et XVIIIe arrondissements, et des communes de Clichy et de Saint-Ouen, très loin au contraire des XIXe et XXe arrondissements. Or, en cherchant le nombre des décès dans les totaux de malades fournis par ces deux régions inégalement distantes, on trouve que pour la région proche de *Clichy, XVIIe-XVIIIe arrondissements*, 31 malades ont fourni 14 décès, soit environ 46 0/0, tandis que la zone éloignée de *Bondy, XIXe-XXe arrondissements* a envoyé 24 malades, dont 16 sont morts, soit un total de 67 0/0; parmi ceux-ci, deux ont succombé pendant le trajet, et, à leur arrivée à l'hôpital, ont été directement conduits à l'amphithéâtre. Ces chiffres permettent à bon droit de conclure que le transport à distance est funeste aux cholériques; qu'il leur fait perdre tout le bénéfice d'un traitement hâtif pendant les premières heures d'invasion du mal, seule période peut-être où la thérapeutique ait une efficacité vraie. Si donc, dans l'intérêt des personnes épargnées, il y a avantage à spécialiser des hôpitaux vastes, rares et éloignés, tels que Bichat et les Mariniers, en diminuant ainsi le nombre des foyers d'irradiation épidémique, il importe au contraire à la guérison des personnes frappées, qu'elles soient rapidement conduites à l'hôpital le plus proche, et échappent ainsi à l'influence souvent mortelle d'un long transport.

En comparant entre elles les adresses données par nos malades, nous avons été frappés de ce fait que l'épidémie a de préférence atteint certaines rues, certaines maisons même, sans cependant s'astreindre à une bénignité ou une gravité constantes dans chacun des points spécialement contaminés. Le boulevard de la Révolte, la rue de l'Argonne, la rue des Chaufourniers, la rue Curial ont le plus souffert. Toute une famille, tout un groupe de camarades de lit étaient presque simultanément frappés. Dans ce cas, le mal s'était presque toujours développé dans des bouges infects, dans des mansardes ignobles où six, huit personnes s'entassaient, où l'hygiène la plus déplorable appelait le choléra, qui s'y transmettait ensuite à merveille par suite du manque absolu de désinfection. En opposition à ces faits, nous

pouvons dire que dans nos salles, où la désinfection la plus rigoureuse était constamment pratiquée, il ne s'est produit aucun cas intérieur parmi le personnel.

IV. Nous avons à dire quelques mots sur le sexe, l'âge, la profession, le tempérament de nos malades.

AGES.	FEMMES.		HOMMES.		TOTAUX.	
	Guéries.	Mortes.	Guéris.	Morts.	Guéris.	Morts.
0 à 5 ans.	»	»	»	2	»	2
6 à 10 —	»	»	»	»	»	»
11 à 20 —	2	1	2	»	4	1
21 à 30 —	1	»	7	2	8	2
31 à 40 —	4	8	8	7	12	15
41 à 50 —	1	2	3	3	4	5
51 à 60 —	1	1	1	2	2	3
61 à 70 —	»	1	»	4	»	5
Totaux . . .	9	13	21	20	30	33

Ce tableau nous indique : 1° que le choléra frappe plus les hommes que les femmes; celles-ci, en effet, éprouvent moins de fatigues, sont moins exposées aux intempéries, font moins d'excès, et surtout ont une propreté plus grande que les hommes; 2° que le choléra — abstraction faite des très jeunes enfants, chez qui il est presque toujours mortel — est d'un pronostic d'autant plus sérieux que le malade est plus âgé ; que sa fréquence est beaucoup plus grande vers l'âge moyen de la vie, époque d'excès et de fatigue; sa gravité est extrême dans la vieillesse, où l'organisme affaibli ne peut lutter contre lui; 3° que la mortalité est plus grande chez les femmes que chez les hommes. Ce dernier fait est en contradiction avec les données des principales statistiques de 1832, 1854, etc.

Les divers métiers qu'exercent nos malades n'indiquent aucune particularité épidémique curieuse. Huit d'entre eux sont chiffonniers; six travaillent à la raffinerie de Saint-Ouen et trois au dépôt des omnibus, deux foyers cholériques bien avérés ; nous relevons ensuite une blanchisseuse, une infirmière et enfin un polisseur en cuivre. Nous avons perdu aussi un graveur sur cuivre; mais sa profession l'abouchait-elle suffisamment avec ce précieux métal, pour qu'il eût droit de bénéficier de sa prétendue protection ?

Ce qui nous a surtout frappé, c'est que tous ces malades étaient misérables, sales, sordides, en proie pour la plupart au dénuement le plus absolu, si bien qu'en fouillant les vêtements des vingt hommes qui moururent, on ne leur trouva comme fortune totale que 32 sous! Tous ceux qui possédaient quelque lésion chronique pulmonaire ou intestinale moururent; en revanche, les lésions cardiaques ont dans trois cas permis la survie. Enfin, et ce fait est assez connu pour que nous n'ayons pas à y insister, chez tous les malades qui avouaient des habitudes alcooliques, ou en présentaient quelques indices — en partie effacés par les stigmates exclusifs du choléra — la mort arriva fatalement.

Maintenant, nous devons dire que l'hôpital Bichat ne fut rendu au service du choléra que le 11 novembre : or, ce jour-là même l'intensité du fléau commença à décroître à Paris Evidemment notre stastistique eût été moins belle et notre mortalité non plus de 52 0/0, mais peut-être de 75 à 80 0/0 — comme dans certains hôpitaux — si nous avions reçu des malades dès le début de l'épidémie; car c'est un fait connu de l'histoire du choléra, et prouvé cette année par l'observation de nos collègues, qu'au début le mal éclata avec une violence extrême, et porta dans les premiers jours la mortalité à près de 100 0/0.

V. Tous les cas que nous avons observés ont commencé inévitablement de deux façons : ou brusquement, annoncés par des vomissements et des selles abondantes; ou sournoisement, préparés peu à peu par un catarrhe intestinal progressif, avec grand abattement et tendance marquée au refroidissement. Les cas à début subit nous ont donné 10 guérisons et 18 décès, soit une mortalité de 64 0/0; les cas précédés de diarrhée prémonitoire ont abouti à 20 guérisons et 15 décès, soit 43 0/0 de mortalité. Il semble donc que plus le choléra s'établit brusquement dans un organisme, plus il y évolue violemment; et sans vouloir attribuer à la prémonitoire une valeur pronostique par trop heureuse, nous devons dire que tous les malades que nous avons vus emportés en quelques heures par l'algidité asphyxique, avaient été pris brusquement dans la nuit précédente ou le matin même du grand syndrôme cholérique. Toutefois, dans l'interprétation de la statistique, il ne faut pas omettre ce fait que la diarrhée prémonitoire peut à elle seule constituer une forme complète de choléra atténué, et qui toujours guérit.

VI. En dehors de la mort fréquente par asphyxie et algidité cyanique, et de la guérison habituelle par réaction douce et modérée, nous avons noté encore deux sortes de terminaisons de fréquence inégale, mais de gravité parfaitement semblable, attendu que toutes deux ont dans les cas observés tué nos malades. L'une est la réaction à forme typhoïde bien décrite par Griesinger, avec augmentation progressive de la température jusqu'à la mort, ascension thermométrique dépassant 40° dans l'aisselle, assoupissement soporeux aboutissant au coma, délire parfois bruyant, rougeur de la face, respiration stertoreuse et cœur très impulsif — forme que nous avons observée rarement, mais presque toujours chez des alcooliques ; à l'autopsie, malgré le diagnostic fait du vivant du cadavre, nous n'avons pas observé la moindre apparence de congestion cérébrale ou méningée ; rien que de la psorentérie intestinale, de la congestion des reins et des poumons. — Plus souvent, nos malades sortis de la période algide et entrés peu franchement dans la phase de réaction, se sont peu à peu refroidis, ont gardé leur faciès cyanique et bistré, et rétrogradant, sont revenus sur leurs pas dans la maladie, ont recommencé lentement et à rebours la phase algide, se sont à nouveau cyanosés, effilés, ont repris de l'anurie, de la dyspnée, et sont décédés, comme ils auraient pu le faire de quatre à six jours plus tôt, lors de la première période algide. Ce ne sont plus les alcooliques, mais les anémiés, les débilités, les misérables qui sont morts de cette façon. Au début de notre observation, il nous a semblé que cette forme lente, quasi-chronique du choléra — avec plaques partielles d'algidité et de cyanose (Griesinger) — ne pardonnait pas; et dans tous les cas de ce genre, sauf un, nous avons pu dans la suite prédire à coup sur la mort de nos malades. *(A suivre.)*

LE COURS DE M. ROBIN. — Ce cours est suspendu jusqu'à nouvel ordre. Les élèves désireux de ne pas perdre leur temps et d'entendre un enseignement plus moderne feront bien d'aller au Collège de France.

NOMINATION. — M. BIRCH-HIRSCHFELD, est définitivement nommé professeur d'anatomie pathologique à la faculté de médecine de Leipzig, en remplacement de M. Cohnheim, décédé.

FACULTÉ DES SCIENCES DE BESANÇON. — Par arrêté du 30 janvier 1885, la chaire de chimie de ladite Faculté est déclarée vacante. Un délai de vingt jours est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

THÉRAPEUTIQUE

—

Du traitement de l'Occlusion intestinale par l'électricité (1);

Par le Dr BOUDET DE PÂRIS, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Messieurs,

L'emploi de l'électricité dans le traitement de l'occlusion intestinale date de trop loin pour que nous ayons eu l'idée de venir vous présenter cet agent comme un nouveau moyen thérapeutique. Notre communication ne vise qu'un point tout particulier, à la fois théorique et pratique, de cette grande question.

Théoriquement, nous avons cherché à démontrer quel est celui des deux courants, galvanique ou faradique, auquel on doit donner la préférence en face d'un cas d'occlusion. Comme preuves à l'appui, nous apportons les résultats que le courant galvanique nous a permis d'obtenir dans le cours des cinq dernières années.

Au point de vue pratique, nous avons cru devoir vous présenter, dans ses principaux détails, la méthode opératoire qui nous a paru réunir les meilleures conditions de sécurité et de succès.

La première application d'électricité dirigée contre l'occlusion fut faite en Angleterre, au moyen de la machine statique, en 1797; voici, en effet, ce qu'on lit dans une observation de Baillie, à propos d'un cas de rétrécissement du gros intestin.

« Shocks of electricity were passed through the abdomen for several days, and cold water was dashed upon his feet; both of which means were ineffectual. »

C'est, croyons-nous, la seule fois qu'il soit fait mention d'un traitement électrique de l'occlusion jusqu'à l'année 1826, époque à laquelle le Roy d'Etiolles vint proposer à l'Académie de médecine de Paris l'emploi du courant galvanique.

Plus tard, Duchenne (de Boulogne) mit en honneur les courants faradiques, et cet illustre électricien eut le bonheur d'obtenir quelques succès remarquables qui fixèrent l'attention des médecins.

A partir de ce moment, on emploie souvent les courants faradiques dans le traitement de l'occlusion; des observations de guérison sont publiées; des thèses sont faites sur ce sujet; les ouvrages classiques adoptent ce mode de traitement, à part quelques rares auteurs, en tête desquels nous devons citer Trousseau.

De temps à autre, quelques médecins reviennent à l'usage des courants galvaniques; mais leur nombre est assez restreint, la plupart reprochant à ce moyen les difficultés matérielles inhérentes à l'emploi des piles et aussi les dangers d'escharrification dépendant de l'action chimique du courant. En outre, il faut bien avouer que beaucoup de praticiens emploient l'électricité sans s'inquiéter des qualités physiques et chimiques des courants. Cherchant dans l'espèce à produire des effets mécaniques de contraction, il leur a semblé plus logique de s'adresser aux courants qui paraissent le mieux provoquer la contraction des muscles striés, ceux-ci étant plus directement faciles à observer dans leur fonctionnement. On a donc naturellement donné la préférence aux courants faradiques, malgré leurs effets douloureux et sans trop chercher à savoir si les muscles lisses de l'intestin répondent à l'excitation électrique comme les muscles striés. Telles sont les principales raisons pour lesquelles les courants faradiques ont été et sont encore employés dans la majorité des cas d'occlusion intestinale. Cependant, l'étude à la fois physique et physiologique démontre bien que, lorsqu'il s'agit des muscles à fibres lisses, et particulièrement des muscles de l'intestin, la préférence doit être donnée aux courants de pile. Cette étude a été déjà résumée par nous dans un précédent mémoire et nous y reviendrons encore dans un travail actuellement en préparation. Aujourd'hui nous nous contenterons d'esquisser parallèlement l'action des deux ordres de courants sur l'intestin. Les courants faradiques ou d'induction possèdent une haute tension et peu ou pas de quantité, ou, ce qui revient au même, peu ou pas d'action chimique ou électrolytique. Ils agissent mécaniquement, à l'instar d'un choc, et cela, grâce à la brièveté de leur durée qui n'est que de 0,000275 seconde. Leur effet est d'autant plus considérable qu'on les répète un plus grand nombre de fois dans l'unité de temps, la seconde. Leur maximum d'action s'observe lorsqu'on les fait agir sur les conducteurs nerveux, mais si le nerf excité est lésé dans sa structure ou sa conductibilité, il arrive fréquemment que les muscles correspondants restent inertes, quelles que soient la fréquence et l'énergie de l'excitation faradique.

Or, l'intestin est composé de fibres musculaires lisses dont la contraction naît lentement, dure longtemps et s'éteint lentement; en outre, un certain temps de repos leur est nécessaire pour réparer la perte d'énergie due à leur contraction. Logiquement, les excitations lentes et espacées sont donc celles qui conviennent pour déterminer la contraction intestinale et cette seule considération doit faire rejeter de prime abord l'emploi des courants à interruptions brusques et rapprochées. Ceux-ci peuvent agir énergiquement sur les muscles striés de la paroi abdominale, mais l'expérimentation physiologique démontre que, même à l'état normal, ils ne déterminent pas directement les contractions péristaltiques de l'intestin. S'ils sont très énergiques et rapides, leur action provoque, aux points d'application, une sorte de strangulation ou de contracture locale, bientôt suivie de l'épuisement de la contractilité. A priori, on peut donc admettre que, dans les cas où les courants faradiques se sont montrés favorables, on avait surtout affaire à des étranglements par contracture, ou, si l'on veut permettre l'expression, à de véritables nouûres de l'intestin; la résolution de la contracture, dans ces cas, a succédé à l'épuisement de la contractilité provoqué par les courants faradiques. Leur action sur les muscles de la paroi a probablement aussi joué un rôle important.

D'après l'enseignement classique, les courants de pile ou courants galvaniques n'ont qu'un très faible pouvoir excitant lorsqu'ils sont appliqués d'une façon continue. Cela est vrai si l'on se contente d'établir une comparaison entre les mouvements plus ou moins brusques provoqués par les deux ordres de courants galvanique ou faradique; mais, à côté des excitations instantanées, il convient de donner une large place à ce que nous appelons l'excitation prolongée ou, mieux encore, l'emmagasinement d'énergie. Quand il s'agit d'un nerf, une excitation momentanée, électrique ou mécanique, suffit pour mettre en jeu la vibration nerveuse; le muscle peut également entrer en mouvement sous l'influence d'une excitation momentanée, nerveuse, mécanique ou électrique: mais, pour accomplir un travail réel, il faut qu'il puisse dépenser une certaine quantité

(1) Mémoire présenté au Congrès International des Sciences médicales de Copenhague, le 14 août 1884.

d'énergie; or, quand cette énergie lui fait défaut, le choc faradique, quelque intense qu'il soit, n'est pas capable de provoquer le mouvement fonctionnel, puisqu'il ne représente qu'un agent d'excitation d'une durée extrêmement courte. Le courant galvanique continu, au contraire, envoie sous forme d'électricité, dans les tissus nerveux et musculaires, une certaine quantité d'énergie qui s'y amasse comme dans un accumulateur ou pile secondaire. La physique nous montre en effet que les piles de moyenne résistance intérieure fournissent des courants de faible tension mais qui représentent des quantités considérables d'électricité, c'est-à-dire d'énergie capable de se transformer en mouvement. L'emmagasinement de cette énergie électrique résulte des modifications électrolytiques qui s'opèrent dans les milieux traversés par le courant ; et sa transformation en mouvement, c'est-à-dire l'apparition du mouvement musculaire, est effectuée par l'élasticité du muscle. Ce sont là des points de physiologie sur lesquels nous ne pouvons insister ici, mais dont il est facile de démontrer l'exactitude.

Si donc nous avons affaire à un organe moteur travaillant lentement, d'une façon intermittente et faisant de fréquents emprunts d'énergie pour compenser ses dépenses, il est logique d'avoir recours à des courants qui puissent fournir à cet organe de grandes quantités d'énergie qu'il utilise à sa guise, quitte à activer son fonctionnement au moyen d'excitations lentes, espacées et puissantes.

La physique, l'expérimentation physiologique et le raisonnement indiquent donc qu'il faut s'adresser aux courants galvaniques pour l'électrisation de l'intestin.

Nous avons dit tout à l'heure que l'on reprochait souvent aux courants galvaniques les difficultés matérielles accompagnant leur emploi et les dangers résultant de leur action chimique.

Il nous semble inutile de combattre longuement la première de ces objections. Les constructeurs nous offrent aujourd'hui des appareils d'un usage très facile ; en admettant qu'on soit dépourvu de ces appareils spéciaux, la première pile venue peut suffire pourvu qu'elle se compose de 12 à 15 éléments. On trouve actuellement presque partout des piles de sonnerie électrique, et, si l'on est muni d'un bon galvanomètre d'intensité, une telle pile, montée à la hâte, rendra tous les services qu'on peut attendre d'un instrument perfectionné. Il n'est même pas besoin de posséder un rhéostat; un simple verre d'eau et deux fils métalliques en tiendront parfaitement lieu. Il ne faut donc pas ici arguer des difficultés matérielles.

Pour ce qui est de l'action chimique, c'est autre chose; quoi qu'on ait pu écrire à cet égard dans les livres classiques, toutes les piles capables de fournir un courant appréciable ont une action chimique, et celle-ci est, comme on sait, en rapport inverse avec la résistance intérieure de la pile. Les piles que l'on a désignées comme n'ayant pas d'action chimique, sont celles qui possèdent une très grande résistance intérieure et qui, par suite, ne peuvent fournir qu'une quantité très faible d'électricité; leur emploi est basé sur une connaissance imparfaite des lois de la physique.

Dans le cas particulier, il est nécessaire d'employer de grandes quantités d'électricité ou, si l'on veut, des courants de grande intensité; l'action chimique ou électrolytique est donc elle-même très puissante, et il faut qu'il en soit ainsi, puisque c'est par elle que se fait l'emmagasinement d'énergie dans les organes.

Mais il ne faudrait pas croire, comme on a tendance à le faire, que l'action électrolytique soit entièrement localisée aux points d'application du courant, c'est-à-dire au niveau des excitateurs. Elle a lieu avec la même intensité dans toute l'étendue du circuit traversé par le courant ; seulement, la densité du courant étant en raison inverse de la section du circuit, on comprend qu'elle soit plus grande au niveau des excitateurs dont la section est très petite par rapport à celle du corps humain; les effets chimiques, quoique ayant partout la même intensité, se trouvent en quelque sorte plus concentrés au niveau des excitateurs, et il peut en résulter des effets de cautérisation acide ou alcaline selon le pôle considéré. Il y avait donc par le fait d'assez grands dangers à redouter tant que l'on agissait sur la muqueuse du rectum avec des excitateurs ordinaires ; il pouvait se produire des escharres suivies de perforation avec l'emploi d'un courant galvanique de quelques milliampères seulement appliqué pendant plusieurs minutes.

Le problème à résoudre était donc celui-ci : faire passer dans l'intestin un courant galvanique de grande intensité pendant un laps de temps assez grand, de façon à emmagasiner une quantité considérable d'énergie, et, en même temps, éviter l'action chimique locale au niveau des excitateurs.

Théoriquement, l'action locale s'atténue si l'on rend la densité du courant, aux points d'entrée et de sortie, égale à celle qui existe dans le reste du circuit; et, pour que cette densité soit égale, il faut nécessairement que la section des conducteurs soit la même en tous les points du circuit. Tant qu'il s'agit de la surface cutanée, il est facile de faire le point d'application aussi vaste que l'on veut au moyen d'une plaque ayant une surface à peu près égale à la section du corps; mais il était impossible de donner directement une surface suffisante à l'excitateur rectal. Nous avons eu alors recours à un moyen très simple ; nous nous sommes servi, comme pôle rectal, d'un liquide conducteur tel que l'eau salée, et, en faisant varier cette quantité d'eau, nous obtenons un excitateur liquide dont le volume et par conséquent la surface devient variable à volonté.

Fig. 7.

Voici l'excitateur rectal que nous avons fait construire pour cette électrisation. Il se compose, comme vous voyez, d'une grosse sonde en gomme que l'on introduit dans le rectum, aussi profondément que possible; cette sonde est armée d'un mandrin métallique tubulaire, dont l'extrémité n'atteint pas le niveau de l'œil de la sonde; ce mandrin est rattaché par un fil conducteur à l'un des fils de la batterie, et, au moyen d'un tube de caoutchouc, on le raccorde avec la canule d'un irriga-

teur ordinaire plein d'eau salée. Cette eau traverse le mandrin, s'y électrise et remplit l'intestin en portant l'électricité sur tous les points où elle entre en contact avec la muqueuse; elle joue, par le fait, le rôle d'un excitateur liquide très étendu. Le danger résultant de l'action chimique locale se trouve ainsi écarté puisque le point correspondant au maximum de densité du courant, l'extrémité du mandrin, est isolé par la sonde des parois de l'intestin.

En opérant de cette façon, les conditions théoriques et pratiques sont satisfaites.

Il y avait encore à faire un choix pour déterminer le point d'application du second excitateur; les uns conseillent d'agir extérieurement, au travers des parois abdominales; d'autres n'admettent que l'excitation de la moelle; d'autres encore préfèrent l'application recto-abdominale ou lombo-rectale. A notre avis, il y a toujours avantage à s'adresser à tout l'ensemble du système névro-musculaire intestinal, c'est-à-dire aux centres nerveux aussi bien qu'aux muscles intestinaux eux-mêmes. L'emmagasinement d'énergie électrique se fait ainsi dans les centres, excitateurs physiologiques, et dans les muscles, appareils de mouvement. En opérant avec une large plaque recouverte de peau de chamois mouillée, posée sur la région dorsale, et avec la sonde et son liquide conducteur dans le rectum, nous réunissons donc toutes les chances de réussite, quant à ce qui regarde la production du mouvement intestinal.

En outre, le courant galvanique appliqué de cette façon provoque rapidement une abondante sécrétion des glandes intestinales; c'est encore là un facteur important et qui peut nous être très utile lorsqu'il s'agit de lutter contre certaines causes d'occlusion. (*A suivre.*)

CLINIQUE MÉDICALE

Méningite tuberculeuse en plaque à l'union du tiers moyen avec le tiers supérieur du sillon de Rolando. — Monoplégie brachiale;

Par le Dr CHANTEMESSE, interne des hôpitaux.

L..., typographe, âgé de 26 ans, entre le 15 mars 1884 à l'hôpital de la Pitié, salle Rostan, n° 13, dans le service de M. le professeur CORNIL.

Constitution frêle. Se grisait assez souvent. N'a jamais eu d'accidents dus au plomb, malgré son métier de typographe. Les artères sont un peu dures. Le foie est gros et déborde les fausses côtes d'un travers de doigt.

Tousse depuis trois mois. Broncho-pneumonie tuberculeuse subaiguë, plus développée à gauche. Souffle caverneux dans ce point.

Depuis son entrée jusqu'au 30 mars, toux et fièvre. La température s'élève le soir à 39 ou 39°,4. Epistaxis fréquentes le soir.

5 *avril*. Le malade nous dit que depuis quelques jours il ressentait un peu de faiblesse dans le bras gauche. Ce matin, c'est une véritable parésie de la motilité. Ce sont les muscles de l'avant-bras et de la main qui sont le plus touchés. Le biceps se contracte encore un peu et le deltoïde soulève difficilement le bras.

Pas de troubles de la sensibilité.

Au membre inférieur gauche, la motilité et la sensibilité sont en apparence tout à fait conservées; toutefois, en faisant marcher le malade, on peut s'assurer que la jambe gauche est moins forte que la droite.

Pas le moindre mal de tête. Rien aux yeux. L'ouie est perdue du côté droit; il existe une otite suppurée depuis quelque temps.

Pouls régulier (110). Pas de vomissements.

6 *avril*. Même état, sauf peut-être que la motilité du bras gauche est encore affaiblie depuis hier. Pouls régulier (100). Ni vomissements, ni douleurs de tête. T. 37°,8. Respiration, 25.

7 *avril*. Même état général. La parésie du bras gauche encore augmenté. Le membre inférieur est aussi manifestement plus faible du côté gauche que du droit. Pouls, 105. Ni vomissements, ni maux de tête.

8 *avril*. Le malade a souffert légèrement de la tête cette nuit. Il ressent un peu de douleur au niveau de la tempe droite. Il a vomi une fois.

10 *avril*. Dans l'après-midi, cris violents; il se plaint de souffrir d'une façon générale sans préciser le lieu de sa souffrance. Il se déchire la poitrine avec ses ongles. Il dit qu'il étouffe. Pas de mouvements convulsifs. Sa crise dure environ une heure et demie. Constipation depuis hier. Pouls régulier (108). Pas de vomissements.

11 *avril*. Mauvaise nuit. A plusieurs reprises, crises d'étouffement, Le malade ne se rappelle plus l'agitation de la veille.

Ce matin, pas de délire; céphalalgie très faible. Pouls régulier (100). Le bras gauche est complètement paralysé; le membre inférieur du même côté est aussi affaibli. La sensibilité n'est pas abolie, elle paraît même un peu exagérée dans tout le côté gauche. Pas de modification des pupilles. Pas de strabisme. Lèvres et langue fuligineuses.

Dans l'après-midi, cris violents, agitation des membres à droite, secousses convulsives dans les muscles de la face et des yeux.

Le soir, collapsus. sueur froide; le pouls est à 90, régulier. Pas de rétention d'urine.

Mort dans la nuit.

AUTOPSIE, 28 heures après la mort. — A l'ouverture du crâne, on ne trouve pas de sérosité sous-duremérienne plus abondante qu'à l'état ordinaire. Les sinus ne contiennent que des caillots cruoriques. Sous la dure-mère, la surface du cerveau est rouge. Pas de sérosité dans les mailles de la pie-mère.

A la base du cerveau, la pie-mère, l'arachnoïde, l'espace interpédonculaire, et toute la région du bulbe, de la protubérance et du cervelet sont absolument normaux.

Les membranes sont intactes. Elles ne contiennent aucune trace d'exsudations ou de granulations. On ne trouve pas de sérosité.

La protubérance étant sectionnée, on ne constate rien de particulier à la coupe.

Le plancher du quatrième ventricule est parfaitement sain. Rien à la coupe du cervelet.

Hémisphère gauche. La scissure de Sylvius est ouverte jusqu'à sa partie la plus reculée. La pie-mère, qui s'enfonce, est peut-être un peu congestionnée. Les vaisseaux sont absolument sains. Ils ne contiennent, pas plus que la membrane, aucune trace de granulations tuberculeuses, même très fines. On s'en assure en agitant la membrane dans l'eau.

La face externe et la face interne sont intactes.

Tout le long du bord supérieur, au niveau du point où s'attache la faux du cerveau, il existe de petits corpuscules opaques qui paraissent être des granulations de Pacchioni.

Hémisphère droit. La face inférieure est absolument normale. La pie-mère, qui s'enfonce dans la scissure de Sylvius, est lisse, limpide. Les vaisseaux sont intacts; on ne trouve pas trace de tubercules.

Face externe. Intégrité complète, sauf sur les points que nous allons préciser.

A l'union du tiers supérieur avec le tiers moyen du sillon de Rolando, on voit à la surface, autour des vaisseaux, une plaque ayant à peu près un centimètre carré, divisée en deux par une grosse veine et s'appuyant en avant sur la frontale ascendante, et en arrière sur la pariétale ascendante.

Cette petite plaque est jaunâtre et paraît formée de fibrine, de pus et de tubercules. De cette plaque partent, le long des veines, de petites traînées de granulations opa-

ques. Ces traînées s'étendent environ un ou deux centimètres le long des vaisseaux.

Au point où la première frontale vient s'attacher sur la frontale ascendante, on trouve encore sur la pie-mère deux ou trois granulations visibles.

Au bord supérieur de l'hémisphère, les granulations se poursuivent en remontant le long des vaisseaux depuis la petite plaque déjà signalée.

Du bord supérieur, où elles s'étendent sur une longueur de deux centimètres, les granulations se montrent sur le lobule paracentral, particulièrement sur sa moitié postérieure. Les granulations, à ce niveau, ne sont pas confluentes; elles sont distantes, isolées, le long des ramifications des capillaires. Ces vaisseaux eux-mêmes sont entourés d'un manchon blanchâtre.

Dans cette région, par conséquent, les granulations sont nombreuses, mais elles ne sont pas confluentes comme dans la plaque qui a été signalée dans le sillon de Rolando.

Le reste de la face interne de cet hémisphère est intact.

Les ventricules du cerveau ne sont pas plus dilatés qu'à l'état normal, et contiennent environ une cuillerée à café de sérosité un peu louche. Le septum lucidum et le corps calleux ne présentent pas de ramollissement.

Rien à l'œil nu à la moelle ni aux méninges. Les vaisseaux sont gorgés de sang.

Foie très gros (2,500 gr.). La forme est conservée. La capsule est lisse, transparente. On voit au-dessous une multitude de granulations de volume variable, variant de la grosseur d'une lentille à celle d'une tête d'épingle. Elles ne font aucune saillie. Ce sont plutôt des taches jaunâtres tranchant sur la couleur rouge du parenchyme. Les bords du foie sont minces. A la coupe, il résiste un peu sous le couteau; on l'écrase difficilement avec le doigt. La surface de section a un peu l'apparence miroitée; elle est sèche.

Poumons. A gauche, le poumon est diminué de volume. Le lobe supérieur est constitué par une foule d'excavations lobulaires qui constituent un tissu caverneux. Le lobe inférieure est atteint de pneumonie caséeuse non ulcérée. La plèvre qui le recouvre présente des granulations.

A droite, le lobe supérieur est atteint de pneumonie caséeuse, avec ulcérations déchiquetées. Il existe une assez grosse caverne avec un liquide sanieux, à odeur gangréneuse. Le lobe inférieur présente de la broncho-pneumonie tuberculeuse au début.

Le *cœur* est petit, sans lésions d'orifices.

Les *reins* sont un peu gros, congestionnés, sans autres lésions.

L'*aorte* n'est pas athéromateuse.

La *rate* est un peu plus grosse qu'à l'état normal.

L'*examen microscopique* des portions du cerveau sous-jacentes à la méninge enflammée permet de constater les lésions suivantes : la membrane est très épaissie; elle contient dans ses mailles de la fibrine disposée en réseaux, et de nombreux globules blancs. Les vaisseaux ont leurs tuniques infiltrées de leucocythes. Ils sont sur plusieurs points réunis les uns aux autres par des cellules embryonnaires. Ces cellules se groupent sous forme de granulations arrondies ou sont répandues d'une manière diffuse. Les vaisseaux sont pour la plupart remplis soit de globules rouges, soit de globules blancs et de fibrine. La pie-mère adhère intimement à l'écorce cérébrale; l'union est produite par les cellules embryonnaires qui passent de la méninge dans la portion superficielle du cerveau et surtout par les capillaires, dont les parois et le contenu infiltrés de leucocythes ont un volume très exagéré. Çà et là dans l'écorce, on reconnaît de petits tubercules parfaitement constitués.

En certains points, les capillaires qui parcourent la substance cérébrale sont tous altérés; les uns, complètement vides et revenus sur eux-mêmes, ont des parois épaissies et hyalines, colorées en rose vif par le carmin; les autres sont très dilatés et ont leur lumière comblée par un thrombus de fibrine et de globules blancs. La gêne considérable de la circulation due à ces lésions vasculaires a amené par places une infiltration et même de véritables petites collections de globules rouges ou de globules blancs. Dans ces derniers foyers, nous avons cherché inutilement les bacilles de la tuberculose. Ils existaient au contraire en grand nombre dans les méninges.

Outre ces lésions des vaisseaux, on trouve dans chaque coupe un très grand nombre de très petites lacunes. A un fort grossissement, on reconnaît que ces lacunes sont dues à l'augmentation de volume des cellules de la névroglie. Les plus petites sont formées aux dépens d'une seule cellule; les plus grosses sont constituées par la confluence de plusieurs cellules tuméfiées et gorgées de liquide.

Les lésions anatomiques, dans ce cas particulier, sont donc constituées principalement par l'obstacle apporté à la circulation sanguine.

Cette observation mérite de prendre place dans le nombre des méningites tuberculeuses anormales étudiées chez l'adulte. Elle offre une frappante ressemblance avec plusieurs cas que j'ai rapportés dans ma thèse. C'est le même mode de début, la même marche, la même localisation de la lésion méningée. Dans le cours d'une tuberculose pulmonaire, un malade est pris avant toute céphalalgie, de vomissement ou modification du pouls, d'une faiblesse dans le bras. Cet affaiblissement du membre isolé de toute manifestation douloureuse ou convulsive attire à peine l'attention du malade qui ne songe pas à s'en plaindre. La monoplégie augmente peu à peu jusqu'à devenir complète; elle gagne le membre inférieur du même côté. Jusque-là, ni douleurs de tête, ni vomissements, ni troubles de la sensibilité, ni modifications du pouls. La céphalalgie survient à la fin; le malade vomit une fois, et meurt après avoir présenté quelques secousses convulsives dans la face.

A l'autopsie, on ne trouve qu'une plaque de méningite tuberculeuse siégeant à l'union du tiers supérieur avec le tiers moyen du sillon de Rolando. Quelques granulations isolées s'étendent avec les vaisseaux sur les régions immédiatement voisines, particulièrement au niveau du lobule paracentral. Pas de sérosité dans les ventricules, rien au niveau de l'isthme de l'encéphale.

Ainsi, évolution tout à fait anormale, localisation de la méningite, siège de la lésion qui pouvait être diagnostiquée d'après l'enseignement de M. Charcot, voilà les trois points qui ressortent de la lecture de cette observation.

Depuis quelques mois, les cas de méningite tuberculeuse se multiplient tellement, que l'histoire de cette forme de la maladie devient de plus en plus nette.

M. Chauffard et M. du Castel en ont rapporté récemment de nouvelles observations qui présentent entre elles une remarquable conformité. L'épithète d'anormales ne pourra bientôt plus leur être appliquée. Il ressort toutefois de leur étude une remarque malaisée à expliquer, c'est la fréquence de la localisation anatomique au niveau des centres moteurs des membres. Est-ce parce que ces portions de l'écorce cérébrale sont celles qui fonctionnent le plus chez les malades que nous observons à l'hôpital ? Il se ferait là une circulation plus active, et les chances d'appel et de germination sur place de l'agent infectieux seraient plus grandes. L'explication serait plausible si l'on n'admettait pas que c'est précisément l'inactivité relative du lobe supérieur du poumon qui le prédispose à la tuberculisation.

Symphyse cardiaque. — Insuffisance aortique. — Aortite chronique de l'aorte thoracique. — Mort subite;

Par A. MARFAN, interne des hopitaux.

Un homme, âgé de 45 ans, alcoolique, reçut il y a huit ans un coup de timon dans la région précordiale. Il n'eut à la suite ni toux, ni expectoration. Un médecin appelé lui

dit qu'il n'avait pas de côte cassée. L'unique symptôme qu'il éprouva fut une douleur très vive à la région blessée. Cette douleur n'a jamais disparu : elle a duré jusqu'à la mort du malade. Elle occupait toute la région précordiale, mais elle avait un maximum au-dessous du mamelon gauche. Cette douleur ne venait pas par crises ; elle était constante; elle gênait quelquefois la respiration et amenait un peu d'oppression. La région précordiale du malade portait la trace de révulsions maintes fois répétées. Pendant les huit années qui s'écoulèrent après le traumatisme, le malade n'éprouva aucun autre symptôme que cette douleur. Mais quinze jours avant la mort, l'évolution de la maladie présenta un épisode aigu. Etant sur l'impériale de l'omnibus, le malade est pris de frissons et sa douleur précordiale devient plus vive que d'ordinaire. Il prend le lit et y reste une dizaine de jours, ne prenant que du bouillon, toussant, crachant, ayant de la fièvre et de l'oppression. Puis l'appétit revint, la fièvre tomba, mais la douleur précordiale était toujours très vive : c'est pour ce dernier motif que, dès qu'il put marcher, le malade se présenta à l'hôpital et fut admis à la Pitié, dans le service de M. Audhoui, le 21 avril 1884. Examiné à la contre-visite, le malade, d'aspect vigoureux, répondit très clairement et sans fatigue aucune aux questions qui lui furent posées : il n'avait pas de fièvre, disait qu'il avait envie de manger, ne se plaignait que de sa douleur précordiale et rien ne faisait prévoir que la mort était aussi prochaine. L'examen des signes physiques donna les résultats suivants : à la partie postérieure du thorax, la percussion et l'auscultation du poumon ne donnèrent aucun résultat. A la partie antérieure du thorax, la percussion et l'inspection ne révèlent rien. La palpation nous indique que le cœur a une impulsion assez forte et nous supposons qu'il doit être un peu hypertrophié. L'auscultation du cœur fait entendre un souffle léger au deuxième temps et à la partie moyenne du cœur. Mais ce que l'auscultation de la partie antérieure du thorax fait percevoir par-dessus tout, c'est un bruit étendu à toute cette partie antérieure, qu'on entend aussi bien au niveau du cœur qu'au niveau du poumon : il s'agit d'un bruit de déplissement qu'on peut comparer aussi bien à des frottements qu'à des râles crépitants de retour : il est impossible de déterminer s'il s'agit là d'un bruit cardiaque ou d'un bruit pulmonaire, car on l'entend d'une manière constante ; il couvre la systole et la diastole, il couvre aussi l'inspiration et l'expiration. Tel était l'état du malade le soir de son entrée : dans la nuit qui a suivi, il appelle la surveillante de garde pour lui dire qu'il avait froid : la surveillante constate en effet que sa peau est glacée ; elle va chercher des linges chauds, et quand elle revient, elle le trouve mort.

Autopsie. — A l'autopsie, ce qui frappe tout d'abord, c'est l'intégrité absolue de tous les viscères, sauf le cœur et l'aorte. Le cerveau, le foie et les reins sont normaux. Les poumons sont sains, libres de toute adhérence avec la paroi thoracique et avec le péricarde lui-même.

Voici maintenant les lésions : la cavité du péricarde a disparu entièrement : le cœur est enveloppé d'une coque fibreuse épaisse de 3 ou 4 millimètres, assez molle, et n'ayant subi nulle part la transformation ossiforme. Cette coque enveloppe la totalité du cœur et monte jusque sur la racine des gros vaisseaux. Le *myocarde* n'est ni hypertrophié, ni atrophié ; sa couleur est légèrement jaunâtre. Les cavités du cœur ont un volume normal. La *valvule mitrale* et l'orifice mitral sont intacts. Les *valvules sigmoïdes* de l'aorte sont insuffisantes : elles sont très épaissies et présentent de petites plaques d'athérome. L'aorte thoracique est couverte de plaques d'athérome : elle ne présente aucune trace de dilatation. Les orifices des artères coronaires sont réduits à presque rien : il s'en faut de très peu que leur oblitération ne soit complète.

Réflexions. — Le cas dont nous venons de donner la relation soulève trois questions principales : 1° Quelle a été le rôle étiologique du traumatisme dans la production des lésions décrites ci-dessus ? Evidemment la question est délicate et il est difficile d'y répondre d'une manière absolue. Notre sentiment à cet égard est que la symphyse cardiaque et l'aortite thoracique sont de simples coïncidences et n'ont aucune corrélation. La péricardite adhésive est très probablement d'origine traumatique : mais une pareille origine doit être rejetée pour l'aortite thoracique : il est possible que cette dernière se soit développée sous l'influence de l'alcoolisme. 2° Comment s'est produite la mort subite ? Deux causes ont dû s'ajouter pour amener l'arrêt des battements du cœur : l'oblitération des orifices des artères coronaires et la symphyse cardiaque. 3° Comment doit-on interpréter les phénomènes fébriles survenus quelque temps avant la mort ? Il est extrêmement probable que ces phénomènes ont été produits par une poussée aiguë de péricardite, poussée qui a rendu la symphyse cardiaque encore plus complète (1).

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le Dr Bradley devant les assises de Leicester.

Le Dr Bradley, médecin à Brimmington, près de Chesterfield (Derbyshire), vient d'être condamné à deux ans de prison avec travaux forcés par le jury des assises de Leicester. Cette condamnation paraît avoir causé une vive émotion dans le corps médical anglais. Une réunion de médecins, chirurgiens, médecins légistes, etc., s'est appliquée à l'étude du procès Bradley et les conclusions qu'elle en a tirées sont toutes favorables au malheureux docteur.

Comme il s'agit d'une question fort intéressante au point de vue médico-légal et même professionnel, nos lecteurs nous pardonneront d'y insister un peu. D'après l'acte d'accusation, le docteur Bradley se serait rendu coupable de viol sur la personne d'une Eliza Swetmore. Ce crime se serait accompli dans une maison habitée par plusieurs personnes, proche d'autres maisons également habitées au moment de l'acte ; aucun cri n'aurait été entendu, aucune trace de violences n'existait ni sur la plaignante ni sur l'inculpé, aucune tache ni souillure n'a pu être constatée, etc. En somme toute l'accusation reposait sur le récit de la plaignante. Il faut dire que cette femme avait des attaques d'épilepsie depuis l'âge de 11 ans. Le Dr Bradley alléguait pour sa défense que cette femme avait eu une attaque en sa présence et que c'est au moment du réveil qu'elle l'avait accusé. Après avoir examiné toutes les pièces du procès, les médecins auxquels nous avons fait allusion, arrivent aux conclusions suivantes :

1° Un homme ne peut violer une femme qui résiste sérieusement sans laisser des traces de violence sur la personne de cette femme, et sans porter lui-même sur son corps ou sur ses vêtements des traces de violence.

2° Il est impossible à un homme d'avoir des rapports avec une femme en pareille circonstance sans laisser quelque tache sur les linges de corps.

3° Il est impossible à un homme de violer une femme qui se défend et crie au secours, sans éveiller l'attention des personnes qui se trouvent à ce moment dans la maison.

4° Il est impossible à un homme d'avoir des rapports avec une femme qui résiste sur deux petites chaises de bois, les jambes de cette femme étant d'ailleurs rapprochées et non écartées.

5° Il est impossible d'admettre que cet homme a pu avoir deux rapports en *cinq minutes*, dans de pareilles conditions.

(1) Ces deux travaux ont été communiqués à la *Société anatomique* (avril 1884).

6° En l'absence de renseignements plus sérieux, il est bien grave de condamner un homme d'après le seul témoignage d'une femme dont le père est *dans une maison de santé* et qui elle-même est épileptique.

7° Or, pour le même crime présumé, tandis que Lord Saint-Léonard n'a été condamné qu'à quelques semaines de prison, le Dr Bradley, parce qu'il est médecin, se voit condamner à une peine sévère.

Nous n'avons donné que quelques-unes des conclusions des médecins anglais; le document que nous avons sous les yeux est trop étendu pour figurer en entier dans ce court article. Quoi qu'il en soit, nos confrères d'outre-Manche ne cachent pas l'indignation que leur a fait éprouver l'injuste condamnation du Dr Bradley, et ils demandent sa grâce au *Lord chief justice*.

Cette question du viol est une des plus intéressantes qui puisse s'agiter en médecine légale et nous aurions beaucoup à dire sur le procès du médecin anglais si nous ne craignions pas d'abuser de la patience de nos lecteurs. Toutefois, il nous semble bien, après la lecture attentive du rapport médical dont nous avons donné quelques extraits, que le jury de Leicester a été un peu léger en condamnant, comme il l'a fait, le Dr Bradley sur des présomptions plutôt que sur des preuves.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 12 janvier 1885.

M. A. Villiers a recherché si certains alcaloïdes analogues aux ptomaïnes ne se forment pas pendant la vie dans quelques maladies qui se termineraient ainsi par un véritable empoisonnement. Dans les organes de deux cholériques, M. Villiers a décelé la présence d'un alcaloïde nettement caractérisé par sa réaction alcaline et par ses propriétés chimiques. Il l'a rencontré en quantité notable dans l'intestin, en moindres proportions dans les reins et dans le foie. Cet alcaloïde est liquide : il possède une saveur âcre, une odeur d'aubépine assez franche. L'injection sous la peau d'un cobaye n'a pas donné des renseignements très précis : les effets physiologiques ont consisté au début en variations du rythme cardiaque, puis en un tremblement rapide des membres antérieurs et postérieurs. L'animal, mort quatre jours après, présentait des ecchymoses sous-pleurales.

M. Duclaux s'est demandé quelle est l'influence propre du soleil dans la destruction des germes atmosphériques. Il s'est adressé à des germes de microbes aérobies appartenant à une espèce très résistante, le *tyrothrix scaber*, agent de destruction des matières azotées. Les spores provenant d'une culture de ce microbe dans du lait, conservées à la lumière diffuse, et à l'état sec, résistent pendant au moins trois ans à l'action combinée de l'air et d'une température sénégalienne. Il en est autrement au soleil. Dans une série d'expériences, après quinze jours au soleil du mois d'août, il n'y avait encore aucun effet sur des spores provenant d'une culture dans du lait. Après un mois d'insolation, on a constaté des retards de développement prouvant que la vitalité des spores était un peu atteinte. Après deux mois, deux ballons sur quatre sont restés stériles. L'influence de la lumière du soleil est au moins cinquante fois plus active que celle de sa chaleur. Cette lumière est un agent hygiénique d'une grande puissance.

M. Laulanié a étudié la cirrhose veineuse du lapin provoquée par le *cysticercus pisiformis*. La galerie dans laquelle habite le parasite est constamment un vaisseau veineux sous-hépatique. Sa présence donne lieu, dans toute l'étendue de la sphère d'action du vaisseau sous-hépathique oblitéré, à l'établissement d'une cirrhose veineuse, mou ou multilobulaire, qui affecte deux caractères exceptionnels. Les productions conjonctives qui remplissent les espaces et les fissures-portes sont, en effet, remarquables : 1° par la multiplicité de leurs vaisseaux capillaires et l'ectasie dont ils sont le siège: 2° par la présence d'un nombre variable de cellules géantes qui atteignent parfois un volume énorme, et qui, d'après l'auteur, proviennent d'une agrégation de leucocytes.

M. de Lacaze-Duthiers fait une très intéressante communication sur l'histoire naturelle et sur l'anatomie des *Gardinia*, mollusques du groupe des siphonaires.

M. Barthelemy montre qu'il existe chez les insectes une forme larvaire générale, la chenille, dont la bouche se rapproche des appendices du Nauplius, et que l'étude de ces organes communs chez les formes intermédiaires, nymphes et chrysalides, doit précéder celle de ces mêmes organes chez les insectes parfaits.

M. Prouho décrit quelques particularités de l'anatomie des cidaris qu'il a étudiées au laboratoire Arago de Banyuls sur mer.

M. Koehler a eu l'occasion de rencontrer à Jersey un hémiptère marin très rare, l'*Apophilus Bonnairei*, qui vit sous des pierres fortement adhérentes au sol. Son corps est à peine recouvert de quelques poils très fins, incapables d'emmagasiner une provision d'air, si faible qu'elle soit. Il faut donc admettre que cet animal peut rester complètement privé d'air quand il est recouvert par l'eau, et ne respire que pendant la basse mer. A marée haute, il reste sans doute engourdi, dans un état de mort apparente, comme les apus que Coquerel avait maintenus dix-huit heures sous l'eau. Paul Loye.

Séance du 19 janvier 1884.

M. Duclaux fait une nouvelle communication sur la vitalité des germes des microbes, conservés à l'état humide dans le liquide où ils se sont développés et qu'ils ont transformé. Sur soixante-cinq ballons étudiés, quinze avaient conservé leurs germes féconds ; ce n'est pas une chose rare que la persistance de la vie dans le monde des microbes après vingt ou vingt-cinq ans. Un *tyrothrix tenius* de vingt-cinq ans, que M. Duclaux vient de réensemencer, se rajeunit et se développe aussi rapidement que si ses germes dataient de la veille. Il n'y a aucun symptôme de vieillesse chez lui, et il est probablement encore très éloigné du moment de sa mort.

M. H. de Varigny a vu se manifester des phénomènes d'arrêt chez une grande holothurie, le *stichopus regalis*. Les muscles de cet animal répondent bien à des excitations espacées : mais si l'on emploie des courants interrompus vingt ou trente fois par seconde, au lieu d'observer un tétanos, on constate une inexcitabilité complète.

M. de Lacaze-Duthiers continue ses travaux sur l'anatomie des *gadinia* : il étudie aujourd'hui le système nerveux et les formes embryonnaires de ces gastéropodes.

M. Emile Rivière présente une étude statistique sur la fin de l'épidémie cholérique de 1884. Depuis le 4 novembre, date du début de l'épidémie, jusqu'au 15 janvier 1885, jour de l'évacuation complète de tous les hôpitaux de Paris, il s'est produit 1080 cas et 587 décès. Paul Loye.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 31 janvier 1885. — Présidence de M. d'Arsonval

M. Charpentier envoie une nouvelle note sur l'*action de la cocaïne comme anesthésique*.

M. Beaunis a obtenu des résultats contraires à ceux de M. Phelippeau en sectionnant les deux pneumogastriques. En effet, bien que, histologiquement et physiologiquement la régénération s'effectue, toutefois après un intervalle assez long qui, chez le lapin, mesure en moyenne de 5 à 7 mois ; bien que la section des deux nerfs ait été faite séparément pour chacun d'eux à des intervalles éloignés, M. Beaunis a toujours, au bout d'un certain temps, observé la mort

de l'animal en expérience sans cependant qu'il ait pu trouver une raison suffisante pour expliquer cette terminaison.

M. Bourquelot a fait des expériences comparatives sur la *diastase*, produite non seulement par les animaux supérieurs et inférieurs, mais encore par les végétaux. Il nomme diastase tout agent capable de saccharifier l'empois d'amidon et conclut à l'identité de cette diastase chez tous les êtres, car partout elle possède le même pouvoir réducteur.

M. Galippe continuant l'exposé de ses recherches sur les dents conclut à la densité plus considérable des dents du maxillaire supérieur. Etant donné que la carie dentaire est d'autant moins fréquente que la densité de la dent est plus considérable, il y aurait lieu de s'étonner de ce que les dents de la mâchoire supérieure se carient plus fréquemment que celles de la mâchoire inférieure. Mais il existe là des conditions particulières : la salive en effet baigne surtout les dents du maxillaire inférieur et entraîne les détritus alimentaires qui, par l'absence de ce fait même, ont beaucoup de tendance à fermenter dans les interstices dentaires du maxillaire supérieur. Il faut aussi tenir compte de la réaction chimique de la salive : celle-ci, à sa sortie des glandes est toujours alcaline; souvent elle devient rapidement acide dans la bouche sous l'influence de causes encore mal connues et amène des altérations par la dissolution qui s'effectue alors des sels de chaux, qui rentrent pour une si grande partie dans la constitution des dents.

M. Malassez dépose une note de M. Decagny sur la *fécondation des végétaux.*

M. Beauregard dépose une note de MM. Hermann et Tourneux sur le *développement de l'extrémité inférieure de la moelle épinière.*

M. Pozzi présente un hermaphrodite-homme de 18 ans, porteur d'un pénis rudimentaire, de deux testicules situés dans les grandes lèvres, d'un vagin, et chez lequel probablement n'existent pas d'organes génitaux internes. Audessus de l'hymen, parfaitement constitué, se trouve une bride à laquelle l'auteur attache une grande importance, pour expliquer, en se fondant sur le développement, ces diverses anomalies. Les seins sont très développés, l'hermaphrodite a l'aspect d'une femme dont il porte les vêtements. Il a pu examiner également l'hermaphrodite que M. Gérin-Roze a présenté à la Société médicale des hôpitaux : il s'agissait aussi d'un hermaphrodite-homme chez lequel il a de même constaté l'existence de la bride dont il a déjà parlé à la Société de Biologie dans un communication antérieure.

M. Frank remet une note de M. Arloing sur l'*action de la cocaïne.* Gilles de la Tourette.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 4 février 1885.— Présidence de M. Bergeron.

M. Trélat présente un de ses anciens malades, roumain, qu'il a opéré d'une division occupant la moitié de la voûte palatine et la totalité du voile du palais. Ce malade opéré, a appris le français, qu'il prononce nettement, clairement.

M. Lunier fait une communication sur *la dépopulation de la France*, qu'il résume dans les conclusions suivantes : 1° Demander aux pouvoirs publics de prendre des dispositions légales ayant pour but : de faciliter les mariages, d'autoriser la recherche de la paternité, d'accorder des primes ou des dégrèvements d'impôts aux parents ayant plus de deux enfants, etc. 2° De rétablir les tours ou tout au moins d'adopter des dispositions légales garantissant le secret à la mère qui abandonne son enfant au bureau d'un hospice dépositaire. 3° D'appliquer plus strictement les excellentes prescriptions de la loi Roussel, et d'étendre la protection de l'Etat aux enfants moralement abandonnés.

M. Le Fort ne pense pas que le tableau soit aussi sombre que le présentent la pluralité de ses collègues. En 1872, la population française était de 35,728,000 hab.; neuf ans après, elle s'élevait au chiffre de 37,670,000. Depuis 1872, le nombre des enfants par ménage s'est accru dans la proportion de 1/10. Par contre, les enfants illégitimes augmentent d'une façon désespérante, et la mortalité de ces enfants est bien plus notable que celle des enfants légitimes.

M. Guéniot lit un rapport sur le *prix Capuron.*

L'Académie se constitue en *comité secret.* A. J.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 4 avril 1884. — Présidence de M. Cornil.

10. Hémorrhagie cérébrale ayant détruit le tiers postérieur de la conche optique et une région postérieure de la capsule interne. — Sensibilité affaiblie ; par A. Chantemesse.

La nommée C..., âgée de 54 ans, domestique, entre le 17 mars 1884, salle Grisolle, lit n° 19 (service de M. Tapret, suppléant alors le professeur Cornil).

Cette femme avait été trouvée étendue dans sa chambre sans connaissance. L'attaque apoplectique remontait à quelques heures.

A son entrée à l'hôpital, on constate l'existence d'une hémiplégie complète de tout le côté droit. Pas d'aphasie. La malade refuse d'exécuter un mouvement volontaire du côté parésié, mais il suffit de pincer légèrement pour qu'elle agite le bras ou la jambe. La sensibilité est donc conservée du côté malade, moins bien cependant que du côté sain. La vue, l'ouïe, l'odorat sont également intacts. Un peu d'albumine dans l'urine.

19 *mars*. Malade plus prostrée que la veille. T. 38°,5. L'hémiplégie droite est devenue plus complète. La sensibilité persiste toujours. Si on pince le côté paralysé, on ne provoque plus de mouvement; toutefois, la piqûre est parfaitement perçue.

20 *mars*. Coma et mort.

Autopsie, 24 heures après.— Rien d'important à signaler au sujet des viscères, du thorax et de l'abdomen, sinon l'existence d'une néphrite interstitielle avec un peu d'hypertrophie cardiaque.

Cerveau. Hémisphère droit intact.

Hémisphère gauche : noyau hémorrhagique du volume d'une petite noix dans le point que nous allons délimiter. Sur la coupe de Flechsig, on trouve que l'hémorrhagie a détruit le tiers supérieur de la couche optique et qu'elle remplit une petite cavité de nouvelle formation, limitée en arrière par le bord postérieur du corps calleux et l'entrée de la cavité ancyroïde; en dehors, par les faisceaux blancs du centre ovale qui fait suite au noyau extra-ventriculaire. Ces faisceaux sont dissociés par l'hémorrhagie sur une épaisseur de 3 ou 4 millimètres; en avant, par la partie postérieure de la capsule interne, dont les faisceaux sont séparés de la couche optique ; si bien que la partie postérieure de cette capsule et la couche optique forment un angle ouvert en arrière, dans lequel le sang a pénétré.

A première vue, l'hémorrhagie recouvre le tiers postérieur de la capsule et semble l'avoir détruit.

En enlevant avec soin les noyaux sanguins qui remplissent la cavité, on constate que la partie postérieure de la capsule n'a pas été détruite, mais simplement refoulée et comme aplatie de haut en bas. Sur la coupe de Flechsig, on peut reconnaître que le segment postérieur de la capsule interne a sa longueur à peu près normale. Une coupe verticale et transversale faite au niveau du tiers postérieur de la capsule montre que les faisceaux blancs qui se dirigent entre la couche optique et le noyau lenticulaire sont très incomplètement coupés par l'hémorrhagie. Celle-ci a détruit la portion la plus interne du noyau lenticulaire et les fibres blanches immédiatement adjacentes. Sur une autre coupe également verticale et transversale, faite à 5 ou 6 millimètres de la précédente, on voit que le noyau hémorrhagique s'effile de plus en plus et qu'il n'a causé qu'une perte de substance du volume d'une tête d'épingle entre le noyau lenticulaire et la capsule.

L'examen de ce fait montre que le tiers postérieur du segment postérieur de la capsule interne était comprimé et détruit, mais très incomplètement par un noyau hémorrhagique. La couche optique était séparée de la capsule et dilacérée dans son tiers postérieur. Cliniquement, la sensibilité était simplement affaiblie.

11. Ecrasement du thorax. — Fractures multiples de côtes à droite avec déchirure du poumon. — Pneumothorax à gauche par rupture de la bronche gauche. — Arrachement de la face supérieure du corps de la 5e vertèbre dorsale. — Arrachement du cartilage de l'extrémité externe de la clavicule gauche ; par A. Broca, interne des hôpitaux, aide d'anatomie à la Faculté.

Baud, Auguste, âgé de 11 ans et demi, entré le 10 avril 1884 (salle Denonvilliers, n° 4, hôpital Trousseau service de M. Lannelongue).

Apporté à sept heures du soir, cet enfant venait d'être écrasé par un camion pesant, chargé de farine. Les roues avaient passé sur le thorax, et une forte contusion, prenant la poitrine en écharpe et montant vers l'épaule gauche marquait nettement leur trace. Le blessé était pâle, exsangue, sous le coup d'un choc considérable; sa respiration était brève, rapide, anxieuse. Lors de l'accident, il avait eu une hémoptisie, actuellement arrêtée.

A la palpation du thorax, je constatai immédiatement que les moindres pressions provoquaient de la douleur et de la crépitation; que le sternum se laissait anormalement déprimer. Enfin, la percussion et l'auscultation révélaient à gauche les signes classiques les plus évidents d'un pneumothorax complet.

Cela étant, je ne cherchai pas à préciser davantage le nombre et le siège des fractures costales. Cet examen eût fatigué, sans grande utilité pour la thérapeutique, un sujet déjà fort affaissé. Et d'ailleurs, l'étude sommaire que j'avais faite semblait permettre un diagnostic assez exact. Les fractures de côtes étaient incontestables; je croyais qu'elles siégeaient des deux côtés, et qu'à gauche un fragment était venu léser le poumon; de là, l'hémoptysie et le pneumothorax. Le pronostic était certainement fort grave, et en effet, dès le lendemain, à une heure de l'après-midi, le malade succombait, après une matinée fort agitée. Il s'asseyait sur son lit, se mettait à genoux. La miction et la défécation étaient normales. J'insiste sur ces points qui, dans un instant, acquerront de l'importance.

L'autopsie, pratiquée le 14 avril, a fait voir des lésions inattendues.

Après l'incision médiane classique des parties molles, les cartilages costaux ont été sectionnés de chaque côté et les côtes ont été mises à nu dans toute leur étendue.

A droite. La 2e côte, à peu près au niveau de l'angle antérieur, présente une fracture incomplète, caractérisée par un trait vertical intéressant la table externe et ayant produit une inflexion angulaire saillante en dehors. La 3e, la 4e et la 5e côtes sont complètement fracturées, sur une même ligne verticale située environ à la jonction des 3/4 postérieurs et du 1/4 antérieur de ces os. Les fragments postérieurs, pointus, font une forte saillie en avant et en dehors et ils ont pénétré dans la masse musculaire du grand pectoral. Les fragments postérieurs, chevauchant en sens inverse sur les précédents, n'ont aucunement dilacéré la plèvre. Mais à la partie postérieure, la 6e et la 7e côtes sont fracturées au niveau de leur col. Les fragments sont immobilisés par les ligaments costo-transversaires: mais le fragment antérieur, taillé en biseau par sa face externe et terminé par une extrémité postérieure pointue, fait saillie vers la cavité thoracique, et là on croit que la plèvre pariétale présente deux orifices et que le poumon est déchiré. En ce point, il y a un peu de sang épanché; le poumon adhère à la plèvre pariétale par des exsudats glutineux. Il n'y a pas de pneumothorax.

A gauche. Le pneumothorax existe bien de ce côté seulement, comme cela avait été observé sur le vivant. Mais seule la 1re côte est fracturée près de son extrémité antérieure, et en regard de cette fracture la plèvre est absolument intacte. La plèvre a alors été examinée avec un soin scrupuleux. Dans tout son trajet pariétal, elle n'a présenté aucune solution de continuité; de même sur le poumon. Mais à la face postérieure de la bronche gauche, à quelques millimètres avant sa pénétration dans le poumon, il existe une perforation arrondie, ayant la dimension d'une lentille. Cette perforation siège à la partie du hile sur laquelle se réfléchit la plèvre, et c'est par elle que l'air a pénétré dans la cavité pleurale. Une sonde cannelée, introduite dans cet orifice, ressort par le larynx. En ce point, la bronche est déjà devenue cylindrique; elle n'a plus de face postérieure plane, purement membraneuse.

Rachis. Entre la 4e et la 5e vertèbres dorsales existe une solution de continuité transversale. Une observation plus attentive montre que le disque interosseux est resté tout entier adhérent à la face inférieure de la 4e vertèbre dorsale, entraînant avec lui une mince lame osseuse provenant de la 5e. Cette lame est circulaire et son diamètre est de quelques millimètres inférieur à celui du disque. Une tendance légère à la production de cette lésion se voit entre la 1re et la 2e, entre la 2e et la 3e vertèbres dorsales. Enfin, il y a fracture de l'apophyse épineuse de la 3e vertèbre dorsale.

Pour conserver la pièce intacte, la moelle n'a pas été extraite; mais elle est certainement saine. Comme je l'ai déjà dit, le malade n'a présenté aucun trouble dans la motilité des membres inférieurs, pas plus que dans la miction ou la défécation.

Articulation acromio-claviculaire. Sous les muscles pectoraux, il y a un foyer sanguin volumineux, au fond duquel fait saillie l'extrémité externe de la clavicule, totalement libre, et portée en avant. Les ligaments coraco-claviculaires sont arrachés à leurs insertions claviculaires, et l'omoplate, une fois isolée et nettoyée, on y aperçoit les lésions suivantes : en dehors de l'extrémité interne de l'acromion existe une masse cartilagineuse, épaisse de 4 à 5 millimètres, unie à l'acromion par des ligaments périphériques, mais séparée de lui par une cavité qui ne peut être que celle de l'articulation acromio-claviculaire. Sa face interne, rugueuse, mais purement cartilagineuse, s'emboîte dans une dépression également rugueuse que termine en dehors la clavicule.

Enfin, l'*omoplate* est incomplètement fracturée. Elle est fléchie auxiliairement, suivant une ligne verticale, à la jonction du 1/4 externe et des 3/4 internes. L'angle est saillant en avant. La fracture ne va pas jusqu'aux bords et, de plus, elle respecte l'épine, en sorte que les fragments ne sont nullement mobiles.

Réflexions. — Le fait capital de l'observation qui précède est la cause insolite du pneumothorax. Aucun ouvrage classique ne signale ces ruptures des bronches. La seule observation un peu analogue que j'aie pu trouver a été publiée par Seuvre à la Société anatomique. Il y avait rupture transversale complète de la bronche droite. Mais d'après Seuvre, dans ce cas ce sont des côtes fracturées en arrière, dont le col, fortement porté en avant, est venu léser la bronche. Chez notre blessé, au contraire, aucune cause directe ne peut être invoquée; aucun fragment osseux n'a pu venir perforer le conduit aérien. On remarquera seulement que la bifurcation de bronche se fait au niveau de la 4e vertèbre dorsale; qu'il y a, d'autre part, disjonction entre la 4e et la 5e vertèbres dorsales. Peut-être y a-t-il un lien de cause à effet entre la 2e lésion et la 1re. Dans le traumatisme, il est probable que l'apophyse épino-épineuse portant à faux, il y a eu une tendance au redressement de la courbure dorsale. De là les diastasis que j'ai décrits, et il est bien probable que cette tendance à l'écartement est pour quelque chose dans la rupture de la bronche. La lésion vertébrale semble être un arrachement de la face supérieure de la 5e dorsale. Ce n'est pas un décollement épiphysaire, car, d'une part, cette épiphyse n'apparaît que de 14 à 15 ans (Sappey), et d'autre part, elle a une forme annulaire et gagne progressivement de la circonfé-

rence vers le centre. Ici, au contraire, quelques millimètres de tissu fibreux entourent de toutes parts la circonférence de la mince lamelle osseuse détachée.

Enfin, j'avais d'abord pensé qu'il y avait un décollement épiphysaire de l'extrémité externe de la clavicule. Au cours de ma présentation. M. Quenu m'a fait observer qu'il n'y a pas là de point épiphysaire. Le fait est incontestable. Mais je crois qu'il y a là une lésion bizarre qui, pour être comprise, exige la dissection de plusieurs articulations acromio-claviculaires chez l'enfant. Il est probable que c'est le fibro-cartilage interarticulaire, ici fort développé, qui constitue la lamelle cartilagineuse que j'ai décrite. Si cela est exact, il y aurait luxation complète de l'articulation acromio-claviculaire, l'extrémité externe de la clavicule étant affranchie de tout lien, et le fibro-cartilage interarticulaire, notamment adhérent à la clavicule, étant resté fixé à l'acromion.

12. M. Suchard fait une communication sur un cas de lymphadénome généralisé.

13. M. Reclus fait une communication sur la maladie kystique des mamelles.

14. M. Cornil montre des microbes provenant du pus d'une pleurésie. Ces microbes sont colorés par le violet de méthyle S B de Bâle, en solution dans l'eau d'aniline après avoir passé par le réactif iodo-ioduré, l'essence de girofle, l'alcool; le fond est coloré par l'éosine. Ces microbes sont arrondis le plus souvent à l'état de diplococci ou de chaînettes à grains en nombre variable, depuis 3 ou 4 jusqu'à 20 ou 25. Ces grains sont quelquefois aplatis l'un contre l'autre; les dimensions ne sont pas fixes : les uns n'ont que 2 à 3 μ; d'autres, dans la même chaînette, ont 5 à 7 μ. Ces chaînettes sont les unes rectilignes, les autres courbées en S. Des micrococci et des diplococci inégaux, ordinairement petits, sont contenus dans des globules de pus.

Séance du 25 *avril* 1884. — Présidence de M. Cornil.

16. Néphrite interstitielle. — Hypertrophie du cœur; par L. Thoinot, interne des hôpitaux. Examen histologique, par Darier, interne des hôpitaux.

B... Marie entre le 19 mars 1884 à l'hôpital St-Antoine, salle Rostan. Cette malade, alcoolique, âgée de 39 ans, a eu huit enfants. Avant son avant-dernière couche, qui remonte à dix-huit mois, elle fut prise vers les derniers mois d'accidents albuminuriques avec anasarque généralisée, sans attaque éclamptique, qui se prolongèrent au delà de ses couches pendant deux mois environ. Jamais auparavant elle n'avait eu rien d'analogue. La santé se rétablit et à sa dernière couche, un an après, les mêmes accidents se reproduisirent; tout rentra de nouveau dans l'ordre quelque temps après la couche, mais la santé ne revint pas à son taux normal; la malade resta essoufflée, ses jambes enflant le soir et affectée de violentes palpitations.

A son entrée on constate *un œdème* marqué surtout aux membres inférieurs, œdème mobile, diminuant ou augmentant sans cause apparente. *Ascite considérable* qui persiste sans changement tout le temps de son séjour. Les *urines* sont claires, abondantes, d'une densité de 1010 avec des quantités d'albumine des plus variables, tantôt nulles pendant plusieurs jours, tantôt s'élevant à un ou deux grammes en 24 heures.

Le cœur est hypertrophié, bat violemment; *frottement péricardique* des plus nets. Pas de bruit de galop. Œdème pulmonaire double, variable comme l'œdème des membres inférieurs et l'albuminurie. Les artères radiales et humérales paraissent fortement sclérosées. Le foie déborde les fausses côtes et est manifestement douloureux à la pression. Mort le 20 avril.

Autopsie, le 22. *Reins* petits, du poids de 55 grammes chacun, l'un d'entre eux renferme un kyste gros comme une noix. Cependant l'apparence n'est pas tout à fait celle du petit rein granuleux classique; le rein paraît comme translucide, et les granulations sous-capsulaires sont peu marquées. *Cœur.* Ventricule gauche fortement hypertrophié. Pas de lésion valvulaire. Quelques plaques gélatineuses sur l'aorte; mais l'examen plus complet du système artériel, des carotides, des radiales, des humérales, des artères de la base du cerveau justifie le diagnostic d'artério-sclérose généralisé porté pendant la vie. Foie d'apparence cardiaque, dur à la coupe mais ne résistant pas à la pression du doigt sur son parenchyme.

M. Darier, notre excellent ami et collègue, répétiteur au laboratoire du Collège de France, a bien voulu se charger de l'*examen histologique*.

Voici la note qu'il nous a remise et qu'il a présentée à la Société anatomique le 2 avril 1884 :

Reins. Les coupes sur des portions des deux reins préalablement fixées par le liquide de Müller ont été pratiquées par congélation, les unes parallèlement, les autres perpendiculairement à la surface. On y trouve les lésions de la néphrite interstitielle à un haut degré d'intensité. Le tissu conjonctif proliféré a étouffé presque partout les canalicules du rein. De distance en distance on trouve pourtant par petits groupes des tubes de forme variée qui ont subi une dilatation kystique. L'épithélium est le siège d'altérations cadavériques trop avancées pour qu'il soit possible de rien articuler à son sujet. Quant à la disposition topographique de la sclérose interstitielle, il est de toute évidence qu'elle est absolument diffuse, sans aucune systématisation. Elle occupe aussi bien le sommet des pyramides que leur surface corticale; elle n'est nullement plus prononcée autour des artères. Les vaisseaux artériels eux-mêmes sont dans un état d'intégrité remarquable, au moins pour les plus gros rameaux. Seules les artérioles les plus fines offrent un peu de périartérite et même d'endartérite; mais le peu d'intensité de cette lésion doit la faire considérer comme secondaire. Les artérioles et les capillaires sont gorgés de sang, ce qu'expliquent les altérations trouvées du côté des glomérules. L'immense majorité de ces derniers sont remplis d'une masse d'apparence homogène, hyaline, sans structure apparente. On reconnaît dans les moins atteints quelques noyaux colorés en rouge qui semblent aplatis. Cette substance homogène se colore en jaune pâle par le picrocarminate d'ammoniaque, en bleu pâle par le violet de méthyle, en jaune clair par la solution iodée, et reste incolore sous l'influence de l'acide osmique : on ne peut donc la considérer ni comme de nature amyloïde, ni colloïde. Elle semble résulter de l'hyperplasie de la membrane propre, hyaline, des capillaires du glomérule, hyperplasie qui entrave, au point de l'empêcher parfois complètement, la circulation sanguine dans ces vaisseaux.— Dans d'autres glomérules on constate une atrophie simple du bouquet vasculaire lequel est entouré de couches fibreuses concentriques. Quelques-uns enfin sont normaux. Les granulations de la surface du rein sont dues à des groupes de tubuli en dilatation kystique, et les sillons qui les séparent résultent de la rétraction du tissu scléreux entre ces granulations. Le grand kyste signalé dans l'un des reins était tapissé d'un épithélium cylindrique assez régulier actuellement en grande partie détaché dont les cellules avaient en grande partie subi la dégénérescence granulo-graisseuse. Le *foie* est entièrement normal, sauf un peu de dilatation des capillaires dans quelques lobules, due sans doute à de la congestion passive. La *rate* dont le tissu est ferme, n'offre aucune lésion ni dans son parenchyme, ni dans ses vaisseaux.

En résumé, notre observation montre un cas très pur et bien net d'hypertrophie cardiaque liée à une néphrite interstitielle avancée, sans trace de lésions artérielles. Cette néphrite interstitielle s'est développée chez elle sous l'influence de deux grossesses successives et paraît devoir être rattachée à une origine épithéliale.

18. Rétrécissement cancéreux de l'œsophage. — Perforation de la trachée; par Paul Berbès.

Le nommé X.... âgé de 49 ans, entre le 30 janvier 1884 dans le service de M. Ferrand, suppléé par M. Gingeot.

On trouve peu de choses dans les antécédents héréditaires du malade. Cependant, son père est mort après avoir long-

temps souffert du foie, avoir eu de l'ictère et de l'anasarque. La mère est morte très âgée d'un vieux catarrhe pulmonaire. Un frère est mort peu de temps après un refroidissement, avec de l'anasarque; ce frère avait moins de 30 ans. Quant au malade lui-même, il a joui d'une excellente santé jusqu'à il y a deux mois. A la fin de novembre, il remarqua qu'il avait beaucoup de peine à avaler un bol alimentaire même peu volumineux. Il se vit obligé en peu de temps à n'avaler que de petites bouchées à la fois, bouchées qu'il était obligé de faire suivre d'une gorgée de liquide. L'appétit était bon, mais aussitôt les aliments arrivés à la partie moyenne du conduit œsophagien, le malade était pris d'accès de suffocation qui l'obligeaient à vomir ce qu'il avait mangé.

Comme la déglutition devenait de jour en jour plus difficile, il se décida à entrer à Laënnec le 30 janvier. Le jour de son entrée, le malade nous apparaît comme un homme d'aspect assez robuste encore, quoique passablement amaigri. Il a le visage très coloré, les yeux larmoyants et les paupières gonflées des gens qui font fréquemment des efforts violents.

Nous essayons le jour même une sonde œsophagienne. La sonde la plus petite de la filière, celle qui ne mesure que 8 millimètres de diamètre n'arrive pas à franchir l'obstacle.

Un premier rétrécissement situé à l'union du quart supérieur environ, avec les trois quarts inférieurs, se laisse franchir, mais on est invinciblement arrêté par un deuxième rétrécissement situé à environ 6 à 8 centimètres du premier.

Le malade niant tout antécédent syphilitique; d'un autre côté, les antécédents alcooliques manquant absolument, ainsi que toute histoire de brûlure ou de traumatisme quelconque, M. Gingeot porta le diagnostic de rétrécissement cancéreux de l'œsophage.

Nous fîmes boire le malade devant nous. Le liquide passa assez bien, mais une cuillerée de soupe assez épaisse ne passa pas.

Les vomissements se produisaient immédiatement après la déglutition. Le malade sentait très bien quand les aliments étaient descendus dans l'estomac. Une fois descendus là, disait-il, jamais ils ne remontent.

Les aliments sont rejetés tels qu'ils ont été pris. Ils ne semblent jamais avoir subi de commencement de digestion. Quand ils sont parvenus à gagner l'estomac, leur digestion s'exécute très bien. Les selles sont régulières. Toutes les autres fonctions ne laissent rien à désirer.

Vers le 8 *février*, après avoir fait gargariser le malade avec un gargarisme au bromure de potassium et à la belladone pour éviter les spasmes, on arrive à passer la petite sonde de 8 millimètres.

19 *février*. On emploie les mêmes précautions, et avec une olive, la plus petite de la filière Aubry, on franchit deux rétrécissements, mais on est arreté par un troisième, qui est situé approximativement à 5 ou 6 centimètres au-dessus du cardia. Le malade supporte difficilement l'examen. Il suffoque et demeure aphone jusqu'à sa mort.

28 *février*. La petite olive franchit le troisième obstacle et arrive dans l'estomac.

3 *mars*. La troisième olive arrive dans l'estomac, grâce au cathétérisme répété des jours précédents.

15 *mars*. La même olive passe tous les jours; mais le malade s'affaiblit toujours, malgré la quantité plus grande d'aliments qu'il peut avaler.

Vers le 20 *mars*, il est pris d'un accès de suffocation terrible en buvant un verre de lait; il tousse et rend du lait dans ses crachats. Nous l'auscultons avec soin, mais nous ne trouvons pas le moindre gargouillement, si ce n'est au niveau des bronches, où il y a quelques gros râles. La percussion ne nous révèle aucune zone mate.

Depuis cette époque, le malade tousse chaque fois qu'il boit.

25 *mars*. Il a une quinte de toux, suivie d'une syncope. Une injection d'éther le relève un peu; mais dans la nuit du 25 au 26, il est pris d'une fièvre intense et il meurt le 27 au matin.

L'AUTOPSIE est pratiquée le lendemain, 24 heures après la mort. — A l'ouverture du thorax, nous ne voyons rien de bien remarquable. Les poumons sont affaissés. Nous les enlevons un à un pour ne pas endommager les organes du médiastin postérieur.

Le cœur, sain du reste, est enlevé.

Nous faisons alors passer une section au-dessus du larynx, que nous trouvons intact, et nous décollons en bloc tout le paquet constitué par la trachée, l'aorte et l'œsophage.

L'extraction est pénible. Il y a des adhérences avec les aponévroses prévertébrales, adhérences lardacées qui crient sous le scalpel.

Les pièces enlevées, nous constatons de véritables varices de l'azygos. Enfin, une section longitudinale est pratiquée sur la paroi postérieure de l'œsophage et nous trouvons d'une façon générale le conduit rétréci en trois endroits.

Le premier point rétréci se trouve à environ 5 centimètres au-dessus de la partie initiale du conduit œsophagien. Le deuxième est situé à 8 centimètres environ au-dessous du premier, dont il est séparé par une partie assez élargie. Le troisième n'est pas à plus de 5 ou 6 centimètres de l'orifice cardiaque.

L'aspect des parties change avec le point que l'on considère. En haut, au-dessus du premier rétrécissement, la muqueuse est saine, de même que celle du pharynx et du larynx. Au niveau du point coarcté, on voit se former sous la muqueuse une saillie mamelonnée de 12 à 13 millimètres, blanchâtre et de consistance assez molle. Tout autour, perpendiculairement à l'axe du canal, on peut voir une sorte de bourrelet mollasse et de couleur rose blanc qui constitue l'obstacle au cours des aliments. A ce niveau, la muqueuse est recouverte d'un enduit muco-purulent très épais et très visqueux, mêlé à des stries de sang. A la partie moyenne de l'ampoule dilatée qui sépare les deux premiers rétrécissements, on trouve un trou gros comme une pièce de 20 centimes, irrégulièrement circulaire. Quand on y enfonce un stylet, on voit l'instrument sortir aussitôt dans la trachée, à 1 centimètre au-dessus de la fistule qui vient de la bifurcation trachéale.

Cet orifice, trop peu allongé pour mériter le nom de trajet fistuleux, est tapissé par une muqueuse altérée comme celle de la poche.

Cette poche, dont le plus grand diamètre ne va pas à 3 centimètres, a sa muqueuse épaissie, bourgeonnante et noirâtre. Sa consistance est diminuée.

Au-dessus du deuxième rétrécissement, on voit presque aussitôt se former une sorte de saillie allongée de 4 à 5 centimètres de long, qui semble dévier le canal vers la gauche. La muqueuse, à ce niveau, est rouge, épaissie. Déchirée par le couteau, elle laisse voir comme une poche renfermant une masse caséeuse. Au-dessous du troisième rétrécissement, le plus serré de tous, on retrouve une muqueuse saine, mais un peu congestionnée.

L'estomac est sain. Les parois de l'œsophage sont épaissies. Tantôt il semble qu'il s'agit d'une véritable hypertrophie de la tunique musculaire; tantôt, au niveau des points malades, on trouve les parois envahies par la dégénérescence. Il y a des adhérences nombreuses avec la crosse de l'aorte et la sous-clavière gauche, sans que ces artères soient envahies. Enfin, les ganglions bronchiques dégénérés forment de grosses masses plus ou moins dures qui englobent le récurrent et la crosse aortique en un point. Il est presque impossible de retirer le récurrent de la gangue, au milieu de laquelle il est plongé.

La trachée a été envahie sur la ligne médiane, au point où cessent les cerceaux cartilagineux. Sa muqueuse n'est qu'un peu hyperhémiée; au niveau de l'orifice et un peu en suivant la bronche gauche qu'à l'autopsie on trouva gorgée de mucus, on voit une muqueuse épaissie et enflammée qui semble déjà participer à la dégénérescence de la muqueuse pharyngienne.

Le foie offre une belle cirrhose d'apparence alcoolique.

A l'œil nu, les lobules paraissent étranglés par de larges lamelles de tissu conjonctif.

Le foie est granuleux, lourd, de volume normal et d'une consistance telle qu'il se laisse difficilement entamer par le couteau.

Nous n'avons pas trouvé de cancer dans un autre point de l'économie.

Cette observation nous a paru intéressante, malgré tout ce qu'elle a de classique et de prévu par la rapidité de l'évolution, la communication avec la trachée et l'englobement du récurrent dans la tumeur, fait qui explique suffisamment les troubles de la phonation produits à l'occasion des premières tentatives de cathétérisme.

M. Testut est élu membre correspondant.

M. Cornil fait une communication sur la division des noyaux. Les préparations proviennent d'un chancre enlevé par M. Mauriac, il y a trois ans, et conservé dans l'alcool. Sur ces préparations, on peut voir que, dans ces phénomènes de division, la matière chromatique se dispose dans les noyaux de différentes façons. Elle forme des amas situés soit aux extrémités d'un seul diamètre, soit aux extrémités de deux diamètres perpendiculaires : ces amas peuvent être isolés ou reliés les uns aux autres. Au lieu de s'accumuler aux pôles, la matière chromatique se dispose de façons plus ou moins irrégulières : en cercle complet, en cercle incomplet ; en petits grains réunis par des pédicules, en panier d'osier, etc.

Séance du 9 mai 1884. — Présidence de M. Cornil.

6. Kyste hydatique pédiculisé du foie ; présentée par M. E. Valude, interne des hôpitaux.

L..., femme, âgée de 64 ans, entre le 15 janvier 1884 pour un épithélioma de la vulve (service de M. le professeur Verneuil).

La tumeur, excessivement végétante, obturant presque complètement l'entrée du vagin, accompagnée d'adénopathie inguinale double, était absolument inopérable, on laissa donc la malade terminer ses jours dans une cachexie croissante qui se termina le 15 avril. Quelques jours avant sa mort, en examinant son ventre, on fut frappé de l'existence d'une tumeur occupant la région intermédiaire à l'épigastre et à l'hypochondre gauche. Cette tumeur manifestement intra-abdominale, était assez peu dure, grosse comme une tête de fœtus et soulevée par de gros battements. La malade étant placée sur le côté, la tumeur descendit dans l'hypochondre droit et les battements ne furent plus sentis à son niveau. Enfin, la percussion fit reconnaître la continuité de cette tumeur avec le foie.

Le diagnostic kyste hydatique du foie fut donc porté et l'autopsie justifia pleinement cette prévision. La tumeur dont il s'agit, grosse comme une tête de fœtus, à parois assez épaisses, contient une grande quantité de vésicules qui nagent dans un liquide purulent. Ce qu'il y a ici de particulier, c'est que la tumeur ici n'est point enlisée dans le tissu hépatique, qu'elle est rattachée au bord antérieur du foie au niveau du sillon qui donne passage à la veine ombilicale. Son pédicule assez court et large de trois doigts environ peut cependant la laisser flotter dans la cavité abdominale et c'est ce qui explique les symptômes particuliers par lesquels cette tumeur s'est présentée à notre exploration.

Ajoutons qu'un détail à noter dans cette autopsie est la présence chez notre malade de plusieurs tumeurs de nature différente et qui montrent bien l'action d'une véritable diathèse néoplasique, faisant naître sur chacun des tissus de l'organisme un néoplasme propre à ce terrain particulier.

L'autopsie a fait découvrir, en outre, du kyste hydatique, qui peut bien être considéré comme une variété de néoplasme. *Dans le corps de l'utérus*, des corps fibreux interstitiels du volume d'une châtaigne au nombre de 4 ou 5. *Dans la muqueuse utérine*, deux polypes muqueux : l'un implanté au fond de la cavité de l'utérus et un autre plus petit dans le col. Enfin *aux grandes lèvres* existait l'épithélioma, très étendu, qui avait amené cette malade à l'hôpital et avait été la cause de sa mort.

7. Hématuries. — Hémorrhagies multiples. — Mort. — Calculs vésicaux ; par M. F. Lejars, interne des hôpitaux.

D..., employé, âgé de 73 ans, entre le 31 mars 1884 dans le service de M. le Dr Théophile Anger, à l'hôpital Cochin, salle Saint-Jacques, n° 1.

On ne peut obtenir de renseignements précis sur ses antécédents. Il dit n'avoir jamais fait de maladie : pas de rhumatisme, pas de maladies vénériennes. A toujours habité Paris. Revers de fortune. Situation précaire depuis longtemps. Dans le courant des deux dernières années, il rendit à plusieurs reprises, après des fatigues, du sang avec les urines. Quelques douleurs dans le bas-ventre et au périnée. Rarement des douleurs lombaires. Jamais de coliques néphrétiques. Quelques difficultés de la miction ; pas de rétention ; pas de douleur en urinant. Urines troubles (sans qu'on puisse rien savoir sur la nature du dépôt) ; pas de graviers. Il aurait eu plusieurs fois des taches purpuriques sur la peau. Il entre le 29 mars dans le service de M. Dujardin-Beaumetz. Rétention d'urine depuis la veille, survenue subitement, sans cause appréciable. On a essayé sans succès de le sonder en ville.

A l'entrée, on obtient par le cathétérisme de l'urine sanglante et fétide. Epistaxis (six dans l'espace de 48 heures). Pétéchies, ecchymoses. Langue sèche et noirâtre. Etat général alarmant. On croit à une hypertrophie prostatique compliquée d'hématurie et de cachexie urinaire, et on le fait passer en chirurgie le 1er avril.

On constate alors : A la région hypogastrique, globe vésical remontant jusqu'à l'ombilic. Par le toucher rectal, lobe droit de la prostrate très gros, dur, peu douloureux à la pression ; rien à gauche. Le cathétérisme est facile avec une sonde en caoutchouc de 5 millim. de diamètre. On retire un demi-bassin d'un liquide noirâtre, sanglant et fétide. Lavage boriqué. Très peu de douleur à la pression au niveau de la région lombaire. Aucune trace d'œdème, ni aux paupières, ni aux membres supérieurs. Sur la peau on trouve : à la face antérieure du thorax, une dizaine de taches rouge sang, de la largeur d'une lentille, faisant une légère saillie et ne s'effaçant pas sous le doigt. A la partie antérieure de la région fessière droite, une plaque de quatre centimètres de diamètre, bleuâtre, ecchymotique. A la face antérieure du genou droit, autre plaque de la largeur d'une pièce de un franc. Autres plaques disséminées sur les deux jambes. A la région plantaire gauche, phlyctène remplie de sérosité sanguinolente.

La face présente un teint jaunâtre, avec plaques rouges aux pommettes. Langue sèche, rugueuse, brunâtre. Constipation absolue depuis dix jours. Hoquet depuis hier. Pas de vomissement.

Rien aux cœur ni aux poumons.

2 avril. La vessie est aussi distendue que la veille au soir. M. Anger pratique le cathétérisme avec une sonde métallique : ressaut prostatique. Urine toute semblable à celle d'hier. Injection chaude avec l'eau de Pin étendue. Sp. de perchlorure de fer.

Le soir, on répète le cathétérisme. Même urine. Injection d'eau de Pin.

3 avril. Cathétérisme et injection. Urine toujours sanglante. Le nombre des taches ecchymotiques a augmenté. Température 35°,4. Hoquet persistant. Un peu de subdélirium. Le matin, on donne un verre d'eau de Sedlitz ; selles liquides, sanglantes.

Le soir, température 35°,6. Même état.

4 avril. Vers minuit, le malade a fait appeler l'interne de garde pour pratiquer le cathétérisme. Urines sanglantes. Le matin, injection d'eau de Pin, comme les jours précédents. Température 35°,6. Même traitement.

Le soir, le malade est très affaissé. On obtient moins d'urine, elle-même moins colorée. Hoquet. Hypothermie constante à 36°. Un peu de subdélirium. Un peu de gêne respiratoire.

5 avril. Température 36°,8. Le cathétérisme ne donne

que peu d'urine, toujours sanglante. L'état général s'est profondément aggravé.

Le soir, perte de connaissance complète. Stertor. Mort à neuf heures.

AUTOPSIE pratiquée le 7 avril, 36 heures après la mort. — Encéphale, rien. — Poumons, un peu de congestion aux deux bases. — Cœur, volume ordinaire, rien aux valvules. — Foie, léger degré de dégénérescence graisseuse. — Rate, normale.

L'examen de l'appareil urinaire donne les résultats suivants : Urèthre. Normal dans toute sa longueur jusqu'à la prostate. Aucune trace de rétrécissement. La prostate, très volumineuse, soulève fortement la paroi postérieure du canal ; son lobe médian, échancré, proémine dans la vessie. Pas d'érosion de la muqueuse uréthrale à ce niveau. A la coupe, le tissu prostatique est blanchâtre et lardacé, sans trace d'abcès ni d'infiltration sanguine.

Dans la vessie, on trouve dix calculs, tous égaux à peu près, du volume d'une petite noix, sphéroïdaux, aplatis, à facettes régulières, légers à la main, de coloration grisâtre : on reconnaît des calculs phosphatiques. Pas de caillots. La surface interne de la vessie est parsemée de plaques violacées. C'est un type de vessie à cellules. La muqueuse figure un véritable réseau. Ses plus larges mailles donnent entrée dans des sortes de loges creusées aux dépens de la tunique musculaire et dont la paroi profonde s'avance très près de la tunique séreuse. Dans une de ces cavités, nous trouvons un onzième calcul, si bien enchatonné, qu'il ne s'énuclée qu'avec peine. Plusieurs autres cellules contiennent des grains calcaires. Les uretères ne sont pas dilatés et ne contiennent pas de caillots.

Reins. — Volume normal. Se décortiquent facilement. Nombreuses taches ecchymotiques à leur surface. A la coupe, on trouve le bassinet rempli de pus ; quelques petits abcès dans l'épaisseur du tissu rénal, peu nombreux. Piquetés hémorrhagiques et infiltration sanguine au niveau des pyramides.

RÉFLEXIONS. — Nous relèverons dans cette observation l'existence de ces hématuries répétées, survenues brusquement, sans cause appréciable, accompagnées d'hémorrhagies par les muqueuses et de purpura, qui, étant donnée la difficulté de l'exploration dans ces conditions, étaient bien de nature à égarer le diagnostic.

8. Tuberculose rénale ; par M. F. LEJARS, interne des hôpitaux.

Aud..., grillageur, 23 ans, entre le 15 avril 1884, à l'hôpital Cochin (service de M. Th. ANGER). Peu de renseignements sur ses antécédents. A l'âge de trois ans, il eut une coxalgie gauche, depuis longtemps guérie : la cuisse est ankylosée en flexion et adduction. Il est toujours resté malingre et souffreteux ; il tousse depuis plusieurs années. Il y a un an et demi, blennorrhagie, qui ne se guérit pas complètement. La miction était restée normale jusque dans ces derniers temps. Quelques douleurs lombaires. Pas d'hématuries.

A l'entrée, les mictions sont fréquentes et pénibles. Douleurs lombaires. Urines purulentes, donnant lieu à un abondant dépôt floconneux. Cathétérisme extrêmement douloureux ; on n'arrive à passer qu'une fine bougie que l'on fixe à demeure, Le malade est dans un état d'émaciation extrême. Râles aux deux sommets ; un peu de souffle à droite. Diarrhée. Quelques vomissements. Les jours suivants, l'état général s'aggrava de plus en plus. Les vomissements devinrent verdâtres, sans aucun signe de péritonite. Toux persistante ; abondante expectoration hummulaire. Mort dans la nuit du 4 au 5 mai.

AUTOPSIE pratiquée le 6 mai, 24 heures après la mort. Nous ne trouvons rien au cœur. Rien dans les méninges et l'encéphale, ni au péritoine. Foie et rate normaux. Poumons : tubercules ramollis aux deux sommets ; quelques cavernules à droite.

Le rein droit est réduit au tiers de son volume. Sa surface est bosselée et grisâtre. A la coupe, on constate que le parenchyme n'existe plus et qu'il est transformé en trois ou quatre larges vacuoles incomplètement séparées par des brides fibreuses ; l'une des loges, la plus inférieure, est remplie de matière caséeuse ; les autres contiennent un liquide dans lequel nagent des flocons de la même substance. Elles s'abouchent dans le bassinet. Les parois de l'uretère présentent quelques grains tuberculeux. A gauche, le rein est, au contraire, volumineux ; capsule peu adhérente. Sur une coupe, foyers caséeux disséminés, à paroi festonnée et déchiquetée ; deux d'entre eux, situés aux extrémités de l'organe, ont le volume d'une grosse noix. De ce côté, l'uretère contient de nombreuses granulations confluentes, surtout à sa partie inférieure, et qui déterminent en ce point un léger degré de coarctation du conduit, dilaté au-dessus. Vessie petite et rétractée. Aucune trace de produits tuberculeux. La prostate a presque entièrement disparu. A sa place, on trouve deux ou trois petites loges d'où l'on fait sortir par la pression de la matière caséeuse, un petit abcès sous la portion membraneuse de l'urèthre. Dans le reste de son étendue, l'urèthre paraît absolument normal ; aucune trace de rétrécissement. Les deux testicules sont tuberculeux. A droite, les produits caséeux sont localisés dans l'épididyme, envahi presque en entier. A gauche, les noyaux existent à la fois dans l'épididyme et dans le corps même du testicule. Le membre inférieur gauche est considérablement atrophié. Les muscles de la cuisse n'existent plus qu'à l'état de vestiges. Les fessiers sont remplacés par une masse lardacée et graisseuse qui entoure l'articulation. La tête du fémur a complètement disparu ; ce qui reste du col est intimement soudé à l'os coxal ; il n'existe plus aucune trace d'interligne. Sur une coupe, le tissu spongieux de l'extrémité fémorale se continue en ligne directe avec celui de l'os iliaque. Ce dernier, notablement atrophié, est recouvert, sur plusieurs points, d'ostéophites. On trouve à la face externe du grand trochanter, une petite caverne osseuse contenant un sequestre mobile.

RÉFLEXIONS. — Cette observation nous a paru présenter un certain intérêt anatomique comme exemple de tuberculose rénale. Nous signalerons aussi, au point de vue clinique, l'existence de ce spasme douloureux de l'urèthre, qui a pu faire croire à un rétrécissement. Enfin l'ankylose de la hanche constitue un type de guérison par soudure osseuse d'une ancienne coxalgie.

10. Constatation anatomique de la fièvre typhoïde dans la race noire.

Le Dr MAUREL, médecin de 1re classe de la marine, présente à la Société la fin d'un iléon d'un homme de couleur foncée, offrant les lésions caractéristiques de la fièvre typhoïde et accompagne cette présentation des quelques considérations suivantes :

Il y a quelques années, la fièvre typhoïde était tellement rare dans la zone intertropicale, et notamment dans nos colonies des Antilles et de la Guyane, que de nombreux médecins en étaient arrivés à nier son existence non seulement chez les créoles, mais aussi chez les Européens arrivés depuis un certain temps que l'on pouvait fixer à un an environ. C'était là l'opinion, au moins pour ce qui concerne les créoles, de deux hommes dont nul ne mettra en doute le savoir ou le talent, Rufz de Lavison et Dutrouleau.

Mais depuis, la pathologie s'étant probablement modifiée, les cas irrécusables dans la population européenne sont devenus assez fréquents pour qu'il soit désormais impossible de les nier. La fièvre typhoïde présente non seulement des cas isolés dans nos garnisons, mais elle peut même sévir sur elle à l'état épidémique. Ce sont là des faits aujourd'hui hors de contestation.

Il est vrai que le plus souvent elle frappe les arrivants et que ses manifestations ne sont, d'une manière évidente, que la suite des épidémies régnant soit dans le port qui a fourni le contingent, soit à bord des transports. Il est encore vrai que lorsque les hommes atteints sont arrivés de-

puis plusieurs mois, un an, souvent le début de leur affection a coïncidé avec l'arrivée de nouveaux contingents, que l'on peut considérer comme les agents de transmission. Mais même en éliminant les cas dans lesquels seule l'influence de la métropole doit être réellement incriminée, il n'en reste pas moins un certain nombre que l'on voit éclater sans que l'importation immédiate, récente, puisse être accusée et qui naissent véritablement sur place ; c'est-à-dire que l'élément de la contagion n'en a pas moins été importé, mais à une époque plus lointaine, et qu'il faut remonter, pour trouver son origine, à des cas épidémiques ou isolés de beaucoup antérieurs.

La statistique suivante, tout en établissant l'existence de la fièvre typhoïde depuis plus de 25 ans dans notre colonie de la Guyane, va faire ressortir en même temps sa rareté avant 1871.

TABLEAU DES DÉCÈS PAR SUITE DE LA FIÈVRE TYPHOIDE CONSTATÉS A L'HÔPITAL DE CAYENNE.

ANNÉES.	NOMBRE DE DÉCÈS.
1857.	6
1858.	3
1859.	4
1860.	2
1861.	2
1862.	1
1863.	2
1864.	0
1865.	2
1866.	0
1867.	0
1868.	6
1869.	6
Total	34

Comme on le voit, pendant cette période, seules trois années (1864, 1866 et 1867) se sont écoulées sans décès. Il faut donc en conclure que dès cette époque cette affection avait de la tendance à entrer dans le cadre pathologique ordinaire de cette colonie. Mais, en même temps, si l'on tient compte qu'en ce moment l'effectif des troupes comprenait 1,500 hommes environ, et que celui de la transportation dépassait 5,000, on avouera que les 34 décès répartis sur 13 ans établissent bien sa rareté.

Si de la Guyane nous passons aux Antilles, l'existence de cette affection nous paraîtra encore évidente, et de plus, la statistique portant sur une époque plus récente, ses atteintes seront autrement fréquentes. C'est ce qui ressort du tableau suivant, comprenant les statistiques de la Guadeloupe et d'une de ses dépendances, les Saintes :

	Basse-Terre.	Pointe-à-Pitre.	Camp-Jacob.	Saintes.	Total.
Effectif. .	300	200	300	200	1000
1875 . . .	14	5	11	3	33
1876 . . .	21	5	9	2	37
1877 . . .	26	4	14	2	46
1878 . . .	5	2	12	9	28
1879 . . .	16	»	22	1	39
1880 . . .	(1)	»	8	(1)	8
Totaux. .	82	16	76	17	191

C'est donc un total de 191 cas en 6 ans, soit 32 par an, et en adoptant une moyenne de décès de 25 0/0, 8 décès par an. Or, si l'on tient compte que l'effectif du personnel européen étant au moins 6 fois moins considérable à la Guadeloupe qu'à la Guyane, on verra quelle différence nous devons admettre dans le degré de fréquence.

Il me paraît donc résulter de ce qui précède, d'abord que l'existence de la fièvre typhoïde chez les Européens ne saurait être contestée, ce qui est maintenant admis par tout le monde; mais de plus, fait important, que sa fréquence va en augmentant.

Quelle est donc la cause de cette plus grande fréquence? Je la trouve surtout dans les changements que la nouvelle loi sur le recrutement a forcé d'apporter dans les époques de départ des garnisons.

Autrefois, lorsque la durée du service était de sept ans, l'instruction se faisait plus lentement et les recrues n'étaient envoyées dans les colonies que dans la deuxième ou la troisième année, c'est-à-dire à une époque où toutes avaient traversé une ou deux épidémies de fièvre typhoïde. Ceux qui y étaient le plus prédisposés avaient donc déjà été atteints. Aujourd'hui, au contraire, les hommes partent après quelques mois de séjour dans les casernes et sans que l'accoutumance à l'encombrement ait été établi. C'est là une première cause, et peut-être la plus importante.

Mais de plus, j'admets que chaque nouveau cas diminue sous ce rapport la salubrité de la caserne dans lequel il naît et de l'hôpital dans lequel il évolue. Lentement, mais fatalement nos casernes et nos hôpitaux deviendront un foyer d'infection. Il y a là un véritable danger que je crois bon de signaler. L'expérience a prouvé aujourd'hui que, favorisés par l'encombrement, quelques cas de fièvre typhoïde importés peuvent se multiplier et revêtir le caractère épidémique. Il serait donc prudent, si l'on ne veut pas que cette affection non seulement n'appauvrisse nos garnisons, mais aussi s'acclimate dans les colonies d'une manière définitive et gagne un jour la population civile, d'apporter toute son attention à ce que les contingents qui partent ne contiennent aucun homme atteint, et quand il y en a, les isoler dès leur arrivée et prendre de rigoureuses mesures de désinfection. Sans cette précaution, je le répète, je suis convaincu que, malgré toutes les bonnes conditions d'aération qui luttent contre l'encombrement dans les pays chauds, la fièvre typhoïde finira par y créer de véritables foyers d'infection. Mais si l'existence de cette affection dans le personnel européen est maintenant hors de doute, il n'en est plus de même quand il s'agit de la population civile, les créoles blancs et surtout ceux de couleur. Ici le doute persiste et, je dirai plus, il est permis. Or, c'est à ce point de vue que la pièce que je présente est intéressante.

J'ai exercé deux ans à la Guyane et deux ans à la Guadeloupe, voyant une clientèle assez nombreuse, et par mes confrères civils ou de la marine, mis au courant des cas principaux de la leur. Or, je puis le dire, jusqu'à présent les cas d'iléo-typhus sont encore très rares. Le nom de fièvre typhoïde est bien prononcé quelquefois (j'ai même été appelé à voir quelques-uns de ces cas), mais bien souvent ces diagnostics ne supportaient pas un examen sérieux. Il arrive dans les pays chauds, comme dans les tempérés, que quelques affections paludéennes, amarilles ou autres, revêtent l'aspect typhoïde, mais ce n'est que bien rarement, je le répète, que les véritables caractères du typhus abdominal se trouvent réunis. C'est à ce point qu'après ces quatre années de pratique dans ces pays chauds, j'allais quitter la Guadeloupe sans avoir constaté un seul cas bien confirmé. Or, ce cas s'est offert à moi quelque temps avant de quitter le service, et c'est cette rareté et en même temps que la netteté de ses lésions qui m'ont engagé à vous le communiquer. Je donne ici l'observation et l'autopsie.

Le 19 avril 1883, à quatre heures du soir, entrait à l'hôpital de la Basse-Terre un homme de couleur, malade chez lui depuis quinze jours environ et étant resté sans soins jusque-là. Il déclare à son arrivée avoir eu un accès de fièvre d'abord et ensuite une fièvre continue, qui a été accompagnée de céphalalgie, d'étourdissements et d'une faiblesse extrême. Il a habité la Pointe-à-Pitre pendant longtemps et a eu des accès de fièvre intermittente. Ce sont les seuls renseignements que la gravité de son état lui permette de donner. Il est dans le décubitus dorsal et très abattu. Sa parole est embarrassée; la langue est sèche, tremblotante, et les dents couvertes de fuliginosités. Il n'existe pas de ballonnement, mais à la pression on trouve quelques gargouillements dans la fosse iliaque droite. Pas de taches lenticulaires. La respiration est normale; le pouls, à 120, est petit et facilement dépressible. La température à 39° à quatre heures du soir. Pas de sommeil depuis longtemps. La rareté des fièvres typhoïdes chez les créoles et les accès paludéens antérieurs me font pencher

pour une forme grave du paludisme, et je donne immédiatement 1 gramme de sulfate de quinine, puis dans la soirée 50 centigr. de bromhydrate de quinine à prendre en deux fois. Enfin, pour établir une dérivation du côté de l'intestin et dégager le cerveau, j'ajoute un lavement avec du séne et du sulfate de soude.

J'hésitais d'autant moins pour établir cette médication, qu'elle aurait pu être la même en admettant que je me fusse trouvé en présence d'une fièvre typhoïde, affection pour laquelle je conservais quelques doutes. A huit heures, le thermomètre était resté à 39°, mais le malade était devenu de plus en plus faible. A onze heures et demie, la température s'était élevée de 40,8. Enfin, vers les deux heures du matin, le malade entrait en agonie et la mort avait lieu à sept heures et demie du matin.

L'AUTOPSIE fut faite sept heures après la mort, par M. Henry, médecin de 2e classe de la marine. Maigreur assez prononcée du sujet. Rigidité cadavérique. Pas de teinte anormale de la peau. Pas de ballonnement.

Thorax. Cette cavité est ouverte en enlevant le sternum et les fausses côtes. La partie antérieure des deux poumons a sa couleur habituelle: il n'existe aucune adhérence. Mais la partie postérieure présente une hypostase des plus marquées. Cette partie, coupée par morceaux, surnage et crépite. L'incision des poumons laisse échapper du sang noir, spumeux. Le cœur est plus petit qu'à l'état normal; il pèse 240 grammes, l'extrémité des gros vaisseaux comprise. Il paraît peu résistant sous le doigt et comme envahi par la dégénérescence graisseuse. Les cavités ne contiennent aucun caillot.

Abdomen. Cette cavité est ouverte par deux incisions, dont une, partant du sommet de l'appendice xyphoïde, atteint la symphise pubienne, et dont l'autre coupe la première à angle droit en passant au niveau de l'ombilic. Il ne s'échappe, au moment de l'ouverture, que peu de gaz. La masse intestinale est elle-même peu distendue; elle est plutôt affaissée. Pas de liquide dans le péritoine. L'estomac est modérément distendu. Le petit intestin paraît sain dans sa première partie; mais dans la seconde moitié, il présente une teinte rouge uniforme, et au toucher on sent qu'il offre des parties épaissies et indurées. On prend l'estomac et une partie du duodénum entre deux ligatures. L'estomac incisé le long de sa petite courbure contient quelques cuillerées de mucosité grisâtre. Une partie de sa muqueuse présente soit un piqueté serré et très fin, soit quelques arborisations. Sur d'autres points, et plus particulièrement sur sa face postérieure, la muqueuse est noirâtre et œdématiée. Le duodénum n'offre rien à noter.

On prend ensuite la fin du petit intestin et le commencement du gros intestin jusqu'à 15 centimètres environ audessus de la valvule iléo-cœcale. Lavée par un courant d'eau, cette portion du petit intestin présente de nombreuses plaques gaufrées, avec un commencement d'ulcération; elles dépassent le niveau de la muqueuse de plusieurs millimètres, et quelques-unes atteignent 5 à 6 centimètres de long sur 3 de large. La valvule iléo-cœcale est elle-même le siège d'un commencement d'ulcération, mais seulement du côté du petit intestin. La face qui regarde le gros intestin n'était qu'œdématiée. Ce caractère est commun à tout le gros intestin.

Enfin, plus de la moitié du petit intestin est prise et lavée par un courant d'eau, et l'on peut constater des plaques de Peyer à des degrés divers d'inflammation (plaques molles et dures) s'élevant jusqu'au commencement de l'iléon. De plus, les follicules clos sont très tuméfiés et donnent l'aspect d'une véritable éruption. Ce n'est que rarement que nous les avons vus ulcérés. Le mésentère est épais, œdématié, et ses ganglions ramollis et tuméfiés. Les épiploons sont sains et peu chargés de graisse. Le pancréas se déchire facilement: il pèse 115 grammes. Le foie a sa couleur normale soit à l'extérieur, soit à la coupe. Il est ferme, sans dureté et présente une teinte rouge normale uniforme. La vésicule biliaire est modérément distendue. Le foie pèse 1,400 grammes. La rate est très volumineuse; elle pèse 860 grammes. Son enveloppe est un peu plus résistante qu'à l'état normal, mais son tissu est des plus friables et difficile à couper, tant la tendance à se déchirer est grande. Les reins sont sains. Le droit pèse 190 grammes; il a sa consistance normale; mais à la coupe, il paraît un peu congestionné; les deux tissus cortical et médullaire sont difficiles à différencier.

Des considérations qui précèdent, des chiffres que j'ai donnés et enfin de cette autopsie, il me paraît donc résulter : 1° *Que la fièvre typhoïde, rare autrefois chez la population européenne et la garnison, tend à devenir de plus en plus fréquente;* 2° *Qu'elle se montre sur cette partie de la population non seulement par périodes épidémiques, mais d'une manière constante, revêtant un véritable caractère d'endémicité:* 3° *Qu'elle est encore très rare chez les créoles blancs et de couleur;* 4° *Mais que cependant elle peut se montrer chez eux d'une manière irrécusable, ainsi que le prouve la pièce anatomique que je viens de présenter.*

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 4 février 1885. — PRÉSIDENCE DE M. DUPLAY.

M. DUPLAY en prenant place à la présidence remercie les membres de la Société de chirurgie de l'avoir appelé à l'honneur de diriger les séances de la Société. Il se donnera pour tâche de rendre fructueuses les séances de la Société dont l'importance augmente chaque jour et il s'efforcera pour cela de maintenir et de ramener sur le terrain rigoureusement scientifique les questions qui seront débattues dans cette assemblée. Aussi M. Duplay émet-il le vœu que les discussions soient réglementées à l'avance afin que les orateurs inscrits puissent préparer, compléter et mûrir leurs communications : l'autorité de la Société ne peut que grandir en supprimant ou restreignant ces discussions improvisées qui surgissent au milieu des diverses communications.

M. TERRILLON lit un rapport sur un travail de M. Kirmisson intitulé : *Coïncidence entre les traumatismes crâniens et les états pathologiques antérieurs.*— Il s'agissait d'un enfant qui, ayant fait une chute sur le crâne, avait été pris huit jours après de troubles de la motilité dans les membres supérieurs et de phénomènes cérébraux. Un an après le début de ces accidents et les troubles cérébraux étant accentués, M. Kirmisson se basant sur l'existence d'un point douloureux pariétal pratiqua sans succès la trépanation du crâne et au niveau du point douloureux.

L'autopsie démontra que l'enfant avait des tubercules à la base du crâne. M. Terrillon fait remarquer que dans cette observation trois points sont à signaler : la douleur lointaine qui ne constitue pas une indication opératoire absolue; la coïncidence du traumatisme avec le développement des tubercules, traumatisme qui n'a pas été l'origine des tubercules, mais a rendu plus rapide leur évolution, enfin, une question de médecine légale.

M. MARÉCHAL lit une observation de *calcul enchatonné autour d'une bougie filiforme. Hypertrophie de la prostate. Deux tailles périnéales et une hypogastrique. Guérison.*

M. TERRIER donne le résultat statistique des opérations pratiquées dans son service hospitalier en 1884, en faisant remarquer que ce résultat ne porte que sur huit mois, quatre mois ayant été perdus par ordre de l'Administration.

M. NÉLATON lit une observation de *réduction de luxation du coude en arrière, datant de cent cinquante-huit jours.*

M. NICAISE présente une femme à laquelle il a pratiqué la résection partielle du maxillaire inférieur pour un ostéosarcome. Malgré la présence du liquide buccal, M. Nicaise a cherché la réunion par première intention ; il a suturé la muqueuse buccale, a bourré la plaie buccale de tampons imbibés d'iodoforme, et en l'espace de huit jours, la réunion était faite et la guérison parfaite obtenue.

A. DAMALIX.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 28 janvier 1884. — PRÉSIDENCE DE M. DUHOMME.

M. FÉRÉOL a employé l'antipyrine dans plusieurs cas d'affections aiguës, pneumonies, pleurésies en particulier. Il se plaît à reconnaître que cet agent médicamenteux a beaucoup abaissé la température dans ces différentes affections.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ a employé l'antipyrine en injections hypodermiques et s'est très mal trouvé de cette méthode d'administration qu'il n'hésite pas à rejeter absolument. Il a ainsi obtenu une exagération notable des accidents ou plutôt des inconvénients que cause habituellement ce médicament, tels que les sueurs profuses et un état d'affaiblissement nerveux tout particulier. Il n'y a rien d'étonnant, du reste, à ce que cet affaiblissement se produise, car il ne faut pas oublier que l'antipyrine est un phénol et agit à la façon des phénols. Les injections hypodermiques ne lui ont pas en outre donné l'abaissement de température sur lequel il était en droit de compter.

M. HUCHARD a également constaté que l'administration de l'antipyrine donnait lieu à des sueurs profuses. Mais il faut savoir que ce médicament peut provenir de sources différentes et être plus moins altéré. C'est ainsi que les sueurs lui ont paru bien plus abondantes à dater du jour où il s'est servi d'un deuxième échantillon. Ceci ne l'empêche pas de considérer cette substance comme un véritable spécifique de la fièvre des phtisiques. Du reste, il a renoncé aux fortes doses conseillées par les auteurs allemands, et considérant qu'il est suffisant d'abaisser la température à 38° ou à 38°,2, il n'en donne pas plus désormais de 0,50 centig. à 1 gramme, pendant les 24 heures. Dans un cas de fièvre typhoïde, le médicament a donné lieu à une éruption fort analogue à l'éruption copahique. Il n'a rien retiré des injections hypodermiques. Il administre également le médicament avec succès par la voie rectale, soit au moyen de suppositoires, soit par l'intermédiaire des lavements, à la même dose que par la voie buccale.

M. FÉRÉOL pense que chez les phtisiques porteurs de grandes lésions, l'antipyrine ne sera jamais qu'un palliatif, et un palliatif temporaire.

M. C. DE GASSICOURT a donné l'antipyrine dans deux cas de fièvre typhoïde chez des enfants. La température a été certainement abaissée, mais la marche de la maladie n'a nullement été influencée.

M. HUCHARD, en se servant du terme de spécifique, n'a pas entendu dire que l'antipyrine était appelée à jouer le même rôle dans la fièvre des tuberculeux, que la quinine dans la fièvre paludéenne; il croit cependant que l'abaissement de la température permet au malade de conserver ses forces. Il conclut en disant qu'on devra, en somme, employer ce médicament toutes les fois que l'élévation thermique constituera un danger.

M. C. PAUL pense qu'il faut se servir de ce nouveau remède avec modération. Il n'est resté de la méthode de Brandt que les bains tièdes ou les affusions froides; on a également employé le tartre stibié à haute dose pour abaisser la température, et personne n'est plus aujourd'hui partisan de la méthode rasorienne.

M. M. MARTIN résume la discussion et dit que les effets physiologiques de l'antipyrine sont encore trop incomplètement connus, qu'il existe trop de divergence entre les divers observateurs pour qu'on puisse définitivement conclure à son sujet.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ a fait des injections hypodermiques de cocaïne au 1/50e et a observé, lorsque le malade était debout, de brusques syncopes, des pertes de connaissance qui, toutefois, se dissipaient assez rapidement. Lorsque le malade est couché, on n'observe plus ces phénomènes. Comme on ne les a pas notés en Allemagne, il faudrait donc penser que les malades étaient toujours dans la position horizontale, bien que les injections fussent au 1/10e. Cela n'empêche pas la cocaïne d'être un agent précieux dont on se servira peut-être plus longtemps que de l'antipyrine.

M. HUCHARD insiste sur l'emploi de doses faibles de ce dernier médicament; il est nécessaire en outre de s'assurer que les urines ne contiennent pas d'albumine.

GILLES DE LA TOURETTE.

REVUE DES MALADIES MENTALES

I. **De la démence mélancolique,** par A. MAIRET, professeur agrégé à la Faculté de Montpellier. Paris, 1883. G. Masson.

II. **De l'hérédité morbide et de ses manifestations vésaniques dans la paralysie générale,** par J. SAUTON, ex-interne des asiles de la Seine. Paris, 1884. Delahaye et Lecrosnier.

III. **De la manie chronique à forme rémittente,** par S. MABIT, ex-interne des asiles de la Seine. Paris, 1883. O. Doin.

I. Le titre adopté par M. Mairet indique un nouveau type clinique. Effectivement, sous cette dénomination, le savant agrégé de Montpellier prétend caractériser une modalité psychopathique constituée par du délire mélancolique avec affaiblissement radical de l'intelligence, c'est-à-dire par deux éléments associés, mais indépendants ; on y note encore des troubles somatiques (stases sanguines au niveau des pommettes ; flaccidité des traits; paralysies locales des paupières, de la face ; émoussement de l'olfaction) révélateurs d'un travail organique du cerveau absolument semblable à celui de la P. G., mais non plus diffus ; la localisation de cette périencéphalite n'exclut pas cependant sa généralisation, seulement celle-ci a lieu de proche en proche à la manière des lésions de la pneumonie. Ainsi, après une période prodromique plus ou moins longue, apparaît rapidement, souvent même brusquement, un délire à forme mélancolique (lypémanie, délire des persécutions, manie avec prédominance d'idées de tristesse) qui, pendant un certain temps, peut occuper toute la scène pathologique ou s'accompagner, dès le début, quand il n'en est pas précédé, des signes d'un affaiblissement radical de l'intelligence et d'une lésion organique du cerveau. Délire et démence suivent généralement une marche progressive, soit continue, soit rémittente; parfois cependant il semble que la maladie puisse rétrograder en partie, ou bien elle se termine de manières diverses. Les seules altérations anatomiques constantes sont celles du cerveau, et, dans ce domaine, il importe de distinguer les lésions accessoires que caractérisent surtout des troubles vasculaires et les lésions essentielles qui se traduisent par un ramollissement de la substance grise périphérique, ramollissement de même nature que celui de la paralysie générale, mais qui reste localisé. Les causes peuvent se ranger sous deux chefs principaux. L'un comprend les cas de propagation d'un travail inflammatoire local, issu de l'oreille, de l'œil etc...; l'autre embrasse les divers faits dans la production desquels les causes dépressives, soit physiques, soit psychiques, jouent un très grand rôle. Quoi qu'il en soit, le délire traduit les premières atteintes anatomopathologiques des éléments gris de l'écorce ; la démence est en rapport intime avec leur destruction (ramollissement) ; la couleur des conceptions résulterait de la localisation des perturbations à la base, notamment sur les circonvolutions qui forment la lèvre inférieure de la scissure de Sylvius et les circonvolutions temporales, sphénoïdales, postérieures et sous-jacentes à cette région, ainsi que celles de l'hippocampe, sur une étendue encore indéterminée. Il ne nous appartient pas de passer à l'étamine de la critique les appréciations cliniques et expérimentales de M. Mairet. La longueur de notre analyse montre que le plan et les matériaux mis en vedette ne sauraient passer inaperçus. Mais nous ne pouvons nous empêcher de dire que le chapitre de psychologie expérimentale ne nous a pas convaincu.

II. La thèse de M. Sauton se compose de deux parties. Dans la première, il se propose de chercher le rôle de l'hérédité morbide dans la genèse de la folie, en examinant scrupuleusement, rigoureusement ce que les faits et les observations permettent d'affirmer sur la transmission des maladies en général, et spécialement des psychopathies. Or, ce rôle étant capital, il y avait lieu de se demander si l'hérédité

n'imprimait pas sa marque, son cachet, sur les malades atteints de paralysie générale, si la diversité des conceptions délirantes des P. G. ne reconnaissait point la même cause que les troubles psychiques dont sont affectés les aliénés proprement dits ; ici intervient l'investigation clinique de 80 observations dont 64 inédites. En voici les conclusions : — I. A. L'hérédité morbide peut transmettre : 1° les modifications purement physiques ; 2° les maladies qui atteignent la vie organique ; 3° les anomalies des fonctions sensorielles ; 4° les penchants, passions et impulsions ; 5° les affections mentales. B. La folie ne reconnaît pas de cause plus puissante que l'hérédité morbide — II. A. La paralysie générale est une entité morbide qui doit être rayée du cadre des vésanies et rangée dans la classe des affections purement cérébrales. B. Elle se caractérise au point de vue clinique par deux ordres de symptômes : 1° des troubles de la motilité ; 2° un affaiblissement en masse et progressif de toutes les facultés. C. Elle peut s'accompagner d'idées de satisfaction ou de dépression en rapport avec des troubles des fonctions viscérales ou de la sensibilité. D. Les conceptions délirantes n'apparaissent que chez les prédisposés à la vésanie. E. Cette prédisposition relève d'antécédents héréditaires ou personnels. F. Le délire peut précéder l'invasion de la paralysie générale. G. Il conserve encore sa physionomie habituelle lorsqu'il marque le début de la paralysie générale dont les symptômes n'apparaissent que plus tard. H. Dans la période d'état, le délire emprunte un cachet démentiel et incohérent à la maladie cérébrale qui l'accompagne. I. Ce double cachet s'accentue davantage lorsque les troubles vésaniques surviennent dans la 3e et dernière période. J. Si le délire disparaît, la paralysie générale offre une rémission qui n'est qu'apparente, car la maladie cérébrale poursuit sa marche sans cesse envahissante.

III. Trente observations qui personnelles, qui empruntées aux auteurs, permettent à M. Mabit d'affirmer ce qui suit. « Depuis Pinel, presque tous les auteurs ont confondu indifféremment toutes les formes de manies revenant par accès sous les dénominations de manie intermittente, manie rémittente ou manie périodique. Or, il existe des malades héréditaires ou non qui présentent durant de longues années des accès de manie revenant à des époques irrégulières et séparées par de véritables périodes de rémission pendant lesquelles l'état psychique est anormal, mais sans manifestations délirantes. Ces malades sont atteints de manie chronique à type rémittent. On constate pendant la période de rémission, de l'apathie, de l'indifférence, de la torpeur intellectuelle, plus rarement de la gaîté et même de l'expansion. Il n'existe pas d'idées délirantes, pas d'hallucinations apparentes ; l'intégrité des facultés intellectuelles est généralement conservée, mais les sentiments affectifs ont habituellement disparu, et les sujets n'ont qu'une conscience relative de leur état. Ils travaillent d'une façon régulière, sont dociles et inoffensifs. L'état mental est identique dans toutes les périodes de rémission chez un même malade. Durant les accès, les malades sont dangereux, ont des impulsions violentes. Chaque accès chez un même malade se représente avec les mêmes symptômes, les mêmes actes, les mêmes idées délirantes. Ces accès ont dans la généralité des cas un début et une terminaison brusques. Ils reviennent à des époques irrégulières après une rémission pouvant varier comme durée de 15 jours à 2 ans, pour se rapprocher à mesure que la maladie se prolonge. La marche de cette affection est essentiellement chronique ; l'incurabilité est la règle. La démence n'arrive que tardivement. Les symptômes qui caractérisent l'accès maniaque, la marche, la durée et la terminaison de la maladie sont presque tous communs aux folies intermittentes, périodiques et circulaires, et à la manie chronique à type rémittent. Les symptômes qui caractérisent la période de rémission sont propres à cette dernière, tout en se rapprochant, par certaines particularités, de ceux qui accompagnent le stade mélancolique de la folie circulaire. »

P. Keraval.

THÉRAPEUTIQUE

De l'aconitine dans les névralgies.

L'aconitine est un modificateur puissant et rapide du système nerveux ; elle agit d'une façon prédominante, et jusqu'à un certain point élective sur la portion bulbo-spinale du myélencéphale, consécutivement sur le système du grand sympathique, et, par leur intermédiaire, elle exerce une influence plus ou moins profonde sur les principales fonctions de l'économie.

L'action élective de l'aconitine s'exerce sur les nerfs sensitifs dont elle réduit ou supprime les fonctions, et en même temps que cet alcaloïde produit l'anesthésie, il calme la circulation, diminue le calibre des capillaires et abaisse la température (1).

Les propriétés physiologiques si caractérisées de l'aconitine la désignent tout naturellement pour combattre les affections douloureuses, et spécialement les névralgies (Gubler, Franceschini, Laborde, Seguin (de New-York), Dumas (de Cette), de Molènes). Elle donne les résultats les plus avantageux dans les névralgies congestives et dans les formes de *dermalgie* ou mieux *dermodynie*, qu'on peut appeler *acrodynique*, et qui ont leur siège aux extrémités des membres, là où abondent les corpuscules de Pacini (2).

Dans les névralgies du trijumeau, les effets de l'aconitine sont véritablement merveilleux. On peut, à ce propos, citer un fait des plus remarquables :

« Il s'agit d'un sujet auquel Nélaton avait pratiqué la résection de toutes les branches du trijumeau. Les douleurs étaient reparues aussi horribles, aussi persistantes que jamais. Le malade, réduit au désespoir et prêt à se suicider, réclamait avec instances une nouvelle opération, et l'on s'apprêtait à pratiquer l'extirpation du ganglion de Gasser, lorsque, sur la recommandation du professeur Gubler, l'emploi de l'aconitine fut décidé ; au bout de peu de temps le malade se trouvait si bien qu'il disait *être dans le paradis* : Jamais aucun autre moyen ne lui avait procuré un soulagement aussi complet et aussi durable.

« Avec l'aconitine pure, on a réussi à supprimer un tic douloureux qui arrachait des cris au patient et lui empêchait tout sommeil. Le même moyen a fait disparaître chez un de nos collègues les plus sympathiques une céphalée cruelle qui n'avait pas cessé un instant depuis plusieurs mois. »

L'aconitine donne d'excellents résultats dans les affections irritatives et douloureuses des voies respiratoires ; ainsi dans l'asthme, la toux convulsive, les palpitations nerveuses, l'*angor pectoris* et dans les formes aiguës douloureuses du rhumatisme et de la goutte, où elle calme à la fois l'éréthisme nerveux et l'éréthisme vasculaire (3).

Certains malades sont très sensibles à l'action énergique de l'aconitine, aussi doit-on commencer par faire prendre des doses très minimes et largement espacées. Pour faciliter l'emploi de ce médicament, le Dr Moussette a composé des pilules très exactement dosées, contenant chacune un cinquième de milligramme d'aconitine pure.

Il sera bon de tâter la susceptibilité du malade, et de commencer le premier jour par faire prendre trois pilules : une le matin, une à midi et une le soir. Si le premier jour on n'obtenait pas une sédation marquée, on pourrait augmenter graduellement d'une pilule par jour, jusqu'à six dans les vingt-quatre heures ; on se tiendra à cette dose jusqu'à la cessation des douleurs, et, à moins de cas exceptionnels, il sera bon de ne pas aller au delà. S'il survenait un peu de diarrhée, on diminuerait la dose de ces pilules.

« En résumé, les études physiologiques et les observations cliniques recueillies dans les hôpitaux de Paris, ont

(1) Fac. de méd. de Paris, 1880. — Thèse par le docteur J.-A. Mary.

(2) *Commentaires thérapeutiques du Codex.*

(3) Leçons de thérapeutique, faites à la Faculté de médecine de Paris.

démontré que l'action sédative que les Pilules Moussette exercent sur l'appareil circulatoire, par l'intermédiaire des nerfs vaso-moteurs, indiquent leur emploi dans les névralgies du trijumeau, les névralgies congestives, les affections rhumatismales douloureuses et inflammatoires, etc., etc. »

Il est indispensable que le médecin soit assuré de la provenance de l'aconitine qu'il prescrit, car on obtient des effets très variables suivant la provenance de cette substance (1) ; il faut aussi que le médicament employé soit toujours identique dans sa composition, et d'un dosage rigoureusement exact; à cet égard, on aura toute garantie en employant les véritables Pilules Moussette.

CORRESPONDANCE

Question de médecine légale.

Nous avons reçu la lettre suivante :

Monsieur le Docteur Bourneville,

Un juge de paix a-t-il le droit de transformer un pharmacien en médecin-expert?

Voici le fait : Dans les derniers jours de novembre 1884, un gendarme rentrant de sa tournée trouva sur le chemin qui relie Saint-Agrève au village d'Orfeuille le cadavre d'une fille de Saint-Agrève. Ce gendarme vint prévenir le juge de paix de Saint-Agrève qui, trouvant le temps trop froid et l'heure trop tardive envoya chercher le brigadier de gendarmerie et le pharmacien de Saint-Agrève. Le pharmacien déclara que cette fille était morte de la rupture d'un anévrysme. Sur cette déclaration, on a ordonné l'inhumation du cadavre dans les 24 heures, bien qu'il y eut mort subite. Or, cette morte était une fille qui avait eu un enfant en 1883, elle était de mœurs faciles, et, particularité assez importante, à X... il y a une femme qui passe pour DÉBARRASSER les filles EMBARRASSÉES; l'autorité ne l'ignore pas.

Ce fait, d'une gravité qui n'échappe à personne, m'a semblé mériter d'être porté à la connaissance du législateur lors de la discussion de la loi sur la médecine. Et cette question, à savoir si un juge de paix peut transformer un pharmacien en médecin-expert, doit être clairement posée.

Pour moi, monsieur, comme pour tous les esprits vraiment libéraux, la liberté de l'exercice de la médecine et de la pharmacie (qui existe de fait) serait le plus sûr et le meilleur moyen de combattre le charlatanisme, mais les autres, qui sont les plus nombreux, ont peur de la liberté et sont protectionnistes.

Agréez, Monsieur Bourneville, les civilités empressées d'un médecin rural, classe de médecins dont les intérêts semblent préoccuper bien peu le législateur. Dr M...

Le *Code d'instruction criminelle* dit : Art. 43. « Le Procureur du Roi se fera acccompagner au besoin d'une ou de deux personnes présumées par leur art ou leur profession capables d'apprécier la nature et les circonstances du crime ou délit. » — (Le juge de paix pouvait croire le pharmacien compétent). Mais l'art. 44 dit : « S'il s'agit d'une *mort violente* ou d'une mort dont la cause soit *méconnue* ou *suspecte*, le Procureur du Roi se fera assister d'un ou de deux officiers de santé qui feront leur rapport sur les causes de la mort et sur l'état du cadavre. »

Voilà tout; on a discuté pour savoir si le terme *Officier de santé* veut dire Docteur et Officier de santé, etc. ; mais jusqu'à ce jour, nous ne sachons pas que le cas du pharmacien ait été soulevé. — En tout cas il est incompétent en principe et dans l'espèce il nous paraît avoir démontré son incompétence.

BIBLIOGRAPHIE

On tumours of the bladder, their nature, symptoms and surgical treatment preceded by a consideration of the besh methods of diagnosing all forms of vesical disease, including digital exploration and its results, with numerous illustrations by sir Henry THOMPSON, F. R. C. S., etc. (*Sur les tumeurs de la vessie,* etc. — London, J. et A. Churchill, 1884.

Les tentatives faites jusqu'à ce jour pour enlever les tumeurs de la vessie n'ont pas été assez nombreuses pour qu'on pût se permettre de porter un jugement général sur ce genre d'opération et de poser des indications bien précises sur les cas où l'on doit opérer et sur ceux où il convient de s'abstenir. Les cas de Billroth, Volkmann, de Kocher, de Bazy et divers autres publiés depuis quelques années ne permettaient pas encore de prévoir quel serait l'avenir de l'intervention chirurgicale dans ces maladies.

Sir Henry Thompson a pu examiner personnellement vingt tumeurs de la vessie ; sur ces vingt cas, deux se sont présentés chez des femmes et dix-huit ont été observés chez des hommes. Sur ces vingt cas, quatre furent jugés inopérables; seize furent l'objet de tentatives opératoires. Les résultats sur lesquels nous reviendrons plus loin, sans être aussi satisfaisants qu'on pourrait le désirer, ne laissent pas d'être encourageants, et on peut espérer qu'à mesure que les indications seront mieux posées et les méthodes opératoires mieux réglées, le nombre des succès augmentera.

Vu l'importance et la nouveauté du sujet, nous croyons devoir suivre dans cette analyse le plan qu'a suivi l'auteur dans son livre et en résumer les parties les plus importantes.

Le premier chapitre est consacré au diagnostic des tumeurs de la vessie, et, après avoir passé en revue les signes rationnels des tumeurs, miction fréquente, douloureuse, sanguinolente, dépôts urinaires, troubles des fonctions du rein et de la santé générale ; après avoir indiqué les services que peut rendre le cathétérisme explorateur pour le diagnostic des néoplasmes vésicaux, M. Henry, tout en admettant que ces symptômes et ces moyens d'investigation permettent le plus souvent d'arriver au diagnostic, convient pourtant qu'il reste bon nombre de cas douteux et qu'il faut, pour arriver à lever tous les doutes, recourir à une autre méthode d'exploration, c'est-à-dire à la méthode de l'exploration digitale de la vessie au moyen d'une boutonnière périnéale.

Mécontent des résultats que lui avait donnés la ponction sus-pubienne, notamment dans un cas où l'autopsie révéla la présence d'une tumeur pédiculée qui eût été facilement opérable, Thompson se décida à recourir à une autre voie et à employer pour l'examen digital de la vessie l'opération qu'il avait déjà pratiquée plusieurs fois pour drainer la vessie dans le cas de cystite chronique douloureuse. Voici la manière de procéder de Thompson :

Le malade étant placé dans la position de la taille, on conduit dans la vessie un cathéter cannelé à petite courbure, que l'on confie à un aide. Cela fait, le chirurgien se guidant sur l'index gauche introduit dans le rectum, fait sur la ligne médiane, à l'aide d'un bistouri droit à lame étroite, une incision verticale d'environ 4 centimètres de long. Le couteau, suivant la paroi antérieure du gros intestin, le tranchant tourné en haut, va ouvrir la paroi membraneuse de l'urèthre le long de la rainure du cathéter. Par cette ouverture, on glisse un conducteur analogue au bouton à crête qui sert dans l'opération de la taille, et c'est le long de ce conducteur que l'on introduit l'index gauche pendant que la main droite, embrassant la région hypogastrique, conduit successivement au-devant du doigt explorateur le fond et les parois latérales de la vessie. Cette manœuvre, très facile quand le malade est bien endormi, permettrait de faire un examen complet du réservoir urinaire, et jamais, dans les cas où l'exploration digitale était indiquée, Thompson n'aurait éprouvé de difficultés notables. Jamais, non plus, cette opération qu'il a pratiquée quarante-trois fois, n'aurait été suivie d'accidents fâcheux. Dans le cas où l'on ne trouve point de tumeur ni de corps étranger, ce serait une voie toute prête pour faire le drainage de la vessie.

Après avoir décrit cette nouvelle méthode d'exploration, l'auteur passe à l'historique; il rapporte des cas de tumeurs

(1) Société médicale des hopitaux de Paris. Séance du 22 octobre 1880.)

vésicales enlevées le plus souvent par des chirurgiens qui croyaient avoir affaire à des calculs vésicaux. Couillard, de Lyon (1640), et Desault, à la fin du siècle dernier, auraient ainsi guéri des malades. Depuis une dizaine d'années, diverses tentatives ont été faites en Allemagne, en Suisse, en Angleterre, en France pour enlever les tumeurs vésicales, et, comme nous le disions au début de cette analyse, quelques heureux résultats sont venus encourager les chirurgiens à persister dans cette voie. Nous n'insisterons point sur ces faits isolés et nous passerons avec Thompson à l'étude de l'anatomie pathologique des tumeurs vésicales.

Les parois de la vessie contenant du tissu musculaire, du tissu conjonctif et un épithélium, on peut *à priori* s'attendre à rencontrer dans cet organe soit des myomes, soit des fibromes ou des sarcomes, soit des épithéliomes. Dans le fait, les tumeurs qui s'observent le plus fréquemment résultent de l'hypertrophie combinée du derme de la muqueuse vésicale et de son épithéliome; ce sont des papillomes ou fibromes papillaires. L'épithéliome s'y rencontre aussi parfois primitivement. Quant au sarcome, nous ignorons s'il en existe des observations authentiques.

Sir Henry Thompson, après avoir donné un dessin de la muqueuse vésicale à l'état normal, d'après une préparation faite chez le singe, dessin qui ressemble beaucoup à des préparations de muqueuse vésicale humaine que nous avons eu l'occasion de faire nous-même sur un petit fragment enlevé chez le vivant, sir Henry montre que cette muqueuse à l'état normal présente des replis dont l'hypertrophie aboutit à la formation de papillomes. Il décrit comme variétés le papillome frangé, le fibro-papillome et une tumeur de transition qui pour lui serait intermédiaire entre le fibrome et le sarcome, mais que, d'après son dessin, nous considérerions plutôt comme un fibrome à tendances myxomateuses. Il donne également un bon dessin d'un épithéliome lobulé.

Thompson ne paraît pas avoir rencontré de myomes dans ses observations. On sait que Billroth a enlevé avec succès un myome de la vessie.

Quant aux autres espèces ou variétés de tumeurs malignes, elles peuvent se rencontrer sans doute dans les parois vésicales comme dépôts secondaires, mais non à l'état de tumeur primitive, et nous n'avons pas à nous en occuper ici.

L'exploration digitale pratiquée au moyen de la boutonnière permet au besoin d'enlever un petit fragment de la tumeur; en examinant au microscope ce petit fragment, on peut s'assurer de sa nature.

Quant au point de la vessie où s'implante le néoplasme, il est très variable; la tumeur peut occuper le bas-fond, le fond ou les côtés de l'organe. La face antérieure paraît être la plus épargnée.

L'insertion se fait tantôt par un pédicule plus ou moins mince, tantôt par une large base. La masse pathologique fait une saillie plus ou moins grande. Lorsque cette saillie est minime, l'opération devient presque impossible à cause des chances de perforation de la vessie.

On trouvera à la fin du livre de Thompson une table de ses vingt cas, avec une série de diagrammes donnant une bonne idée de la forme et de la saillie des tumeurs qu'il a observées.

Les indications opératoires étant posées et le siège de la tumeur reconnu, doit-on pour l'enlever combiner la taille sus-pubienne avec la boutonnière?

Thompson admet cette méthode qu'il a employée une ou deux fois, dit-il; mais il la considère comme fort dangereuse et préfère beaucoup, toutes les fois que la chose est possible, opérer par l'ouverture périnéale. Il a fait construire un certain nombre de pinces à courbure variable, qui permettent d'aller chercher la tumeur et d'en arracher successivement les morceaux. Entre chaque introduction de la pince, il touche la vessie pour constater le résultat obtenu.

Lorsque la tumeur est fort adhérente, il conduit le long du doigt une petite scie ronde portée sur un long manche et râcle la tumeur entre l'index introduit dans la vessie et l'instrument guidé par la main restée libre.

Il conseille de s'abstenir pendant l'opération de toute pression sus-pubienne qui, dit-il, exposerait au pincement de la vessie.

Lorsqu'on a enlevé tout ce qu'on croit pouvoir enlever de la tumeur, on peut, s'il y a une hémorrhagie abondante, injecter une solution faible de perchlorure de fer.

Thompson reste muet sur le mode de pansement qu'il emploie et sur les soins consécutifs.

Les résultats de ses vingt cas sont les suivants : sur deux femmes, l'une mourut dans les trois jours d'anurie totale, la seconde guérit; sur dix-huit cas chez l'homme, cinq morts dans les trois semaines, trois dans les mois qui suivirent (repullulation de la tumeur maligne). Les autres opérés vivent encore; l'un est totalement guéri, après avoir subi une seconde opération pour une récidive; quatre, qui n'ont subi que des opérations incomplètes, sont plutôt mieux qu'avant l'intervention. Des quatre restant, l'un est bien quatre ans après l'opération, un second a quelques légers symptômes de récidive; les autres, sans être radicalement guéris, sont mieux et peuvent travailler.

En somme, il n'y a que trois guérisons complètes et un certain nombre d'améliorations. Ce n'est pas encore, sans doute, un résultat très brillant, mais si l'on songe que les tumeurs vésicales abandonnées à elles-mêmes sont généralement suivies de mort à bref délai, on peut trouver qu'il y a là un véritable progrès chirurgical.

Nous nous sommes étendu un peu longuement sur le travail de Thompson à cause de la nouveauté du sujet et à cause de l'originalité de son procédé d'exploration vésicale.

L'exploration digitale par le périnée n'est pas considérée par tous les chirurgiens comme aussi nécessaire que le pense Thompson.

Dans un prochain article, nous nous proposons d'exposer l'opinion, à ce sujet, du professeur Guyon et de ses élèves. Le lecteur aura ainsi en main les principales pièces du procès. D[r] A. MALHERBE.

CONSEIL MUNICIPAL.

La section des enfants idiots, aliénés et épileptiques de Bicêtre au Conseil municipal.

Dans ses dernières séances de décembre et notamment dans la séance du 31 décembre, le Conseil municipal a discuté le rapport de M. G. Robinet sur le budget de l'Assistance publique pour 1885. Nous aurions voulu reproduire de suite et *in extenso* cette très intéressante discussion. Malheureusement l'espace nous fait défaut et aujourd'hui même nous sommes obligé de nous borner à relater la partie de cette discussion relative à la construction, à Bicêtre, d'un service spécial pour les enfants idiots, imbéciles, arriérés, aliénés, épileptiques et hystériques, c'est-à-dire pour la portion la plus importante des *enfants dits incurables*.

M. DESPRÉS.— Depuis trois ans, l'Administration de l'Assistance publique a un budget extraordinaire variant de 5 à 3 millions (1).

(1) Nous avons été chargé du *Rapport sur le budget de l'Assistance publique* pour les années 1878, 1879, 1880, 1881 et 1882. Avec l'aide de nos amis, notamment de MM. P. Dubois, de Hérédia, Lafont et Thulié, nous avons obtenu : 1° que l'hôpital temporaire, qui devait disparaître et dont les terrains devaient revenir à la Ville, fût maintenu à titre définitif sous le nom d'hôpital Laennec ; — 2° une subvention extraordinaire de 6 millions en 1881 ; — 3° une subvention extraordinaire de 3 millions en 1883 ; elle n'a pas été plus forte parce que l'Administration n'avait pas su employer la subvention précédente ; 4° une subvention extraordinaire de 600.000 fr. en 1883. Malgré les critiques de M. D..., nous croyons encore aujourd'hui avoir rendu, à cet égard, de réels services à l'Assistance publique et ne pas avoir engagé le Conseil dans une mauvaise voie.

Le Conseil ne doit pas oublier que cette subvention extraordinaire est due à l'influence d'un ancien membre de cette Assemblée, chef d'un service qui a coûté 5 millions. Et je prétends qu'il n'est pas moral de faire des dépenses aussi folles pour un seul service, alors que sans dépenser davantage, vous auriez pu créer uu grand nombre de places dans les hôpitaux. (Bruit, protestations).

M. CHAUTEMPS. — Adressez-vous donc au Conseil et non à ses anciens membres.

M. ROUZÉ. — On n'attaque pas les absents!

M. DESPRÉS. — Il existe encore au budget nouveau de l'Assistance publique un crédit de 1,200,000 francs pour compléter le service des épileptiques à Bicêtre.

M. PIPERAUD. — Et c'est nécessaire.

M. DESPRÉS. — Avec les 5 millions dépensés à Bicêtre, vous auriez pu créer des places dans vos hospices. Le devoir de l'Administration de l'Assistance publique et du Conseil est de résister aux entraînements et aux sollicitations d'hommes qui, en raison de leur situation, peuvent vous amener à des dépenses excessives. C'est pourquoi je supplie le Conseil de refuser de voter jusqu'à nouvel ordre un budget extraordinaire.

M. DELHOMME. — Mais ni l'Administration ni la Commission ne proposent de le voter.

M. DESPRÉS. — En ce moment, l'Administration de l'Assistance publique doit faire l'inventaire de ce qui a été fait, elle doit rechercher quels sont ses besoins nouveaux et ne la lancez pas, par l'allocation d'une subvention extraordinaire, dans des constructions ruineuses (Interruptions). Rappelez-vous que le nouvel Hôtel-Dieu a coûté 80 millions aux pauvres de Paris. L'empire, en effet, a voulu introduire la politique jusque dans l'hôpital; il a tenu à le placer à l'ombre de Notre-Dame. Peu lui importait la dépense! Eh bien, Messieurs, je vous conjure de ne pas l'imiter.

M. MAURICE BINDER. — Faites donc aussi bien que l'Empire! (Très bien! à droite.) (1).

M. DESPRÉS. — En 1866, M. Hausmann a contraint l'Assistance publique à aliéner une partie de ses biens et de ses revenus pour payer les frais de cet hôpital luxueux, mais qui ne contient que la moitié des lits de l'ancien Hôtel-Dieu. Ne votez donc d'allocation extraordinaire qu'en cas d'urgence et de nécessité et n'écoutez pas ceux qui veulent vous faire jeter les millions dans les services dont ils sont les chefs. (Violentes interruptions). Et il s'agit de moi comme des autres. Si jamais je vous demandais quoi que ce soit pour l'hôpital de la Charité, vous auriez le droit et le devoir de me le refuser.

M. PICHON. — Ce sont les sœurs qu'on devrait vous refuser. (Très bien!)

M. LE RAPPORTEUR. — Je ne répondrai pas aux observations de M. Després en ce qui concerne la subvention extraordinaire qu'il propose comme nous de ne pas accorder. Mais je tiens absolument à répondre aux attaques portées par lui contre un de nos anciens collègues, M. le docteur Bourneville, qu'il a désigné assez clairement. M. Després a produit des chiffres inexacts: il est faux que le service des enfants idiots et épileptiques ait coûté 6 millions.

M. DESPRÉS. — 5 millions.

M. LE RAPPORTEUR. — Vous avez dit six. Les dépenses prévues pour l'exécution totale du projet sont évaluées à 2,880,000 fr. L'adjudication a donné un boni de près de 500,000 francs; nous avons décidé, il y a un mois, la construction de deux nouveaux pavillons pour 200,000 francs sur les bonis, soit au total 1,562,000 francs. Il y a loin de cette somme aux 6 millions de M. Després.

M. DESPRÉS. — Le projet de budget porte encore pour ce service un crédit de 1,200,000 francs.

M. LE RAPPORTEUR. — Vous faites confusion, mes chiffres sont absolument exacts, je les ai là sous les yeux dans le budget. J'ai le regret de constater que M. Després n'apporte ici qu'une animosité personnelle.

M. DESPRÉS. — Pas du tout.

M. LE RAPPORTEUR. — Pour en faire une fois de plus justice, je me bornerai à rappeler les termes du rapport que j'ai fait l'année dernière sur l'Assistance publique:

« Grâce à notre ancien collègue, M. Bourneville, qui, avec une persistance non interrompue et une connaissance approfondie du sujet, a su créer une organisation parfaite et un personnel admirablement instruit et dévoué, l'état des malheureux enfants est aujourd'hui bien amélioré. Grâce à lui, ces faibles d'esprit, au lieu de continuer à descendre jusqu'aux derniers degrés de l'abrutissement, sont relevés et très souvent guéris par l'étude, la gymnastique, le chant, et surtout le travail manuel.

« Il est absolument impossible de ne pas être profondément ému quand on a vu un pareil spectacle et une semblable transformation, et quand on a vu surtout la reconnaissance de ces petits déshérités envers leur bienfaiteur.

« Nous ne saurions trop dire, pour notre part, combien nous sommes heureux de pouvoir, avec un complet désintéressement, rendre un hommage public à ce collègue si distingué par son esprit scientifique et administratif qui, dans ces circonstances, nous le disons hautement, a créé là une œuvre de premier ordre.

« Nous espérons que notre approbation sera une compensation aux critiques injustes et aux mauvais vouloirs dont notre collègue a été l'objet de différents côtés. »

SUR TOUS LES BANCS. — Très bien!

M. DESPRÉS. — Encore faut-il que tout ce bien ne coûte pas 5 millions. J'en fais autant et je ne coûte rien aux hôpitaux.

M. LE DIRECTEUR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — M. Després n'a pas fait seulement le procès du passé; il a fait aussi celui de l'avenir en mettant le Conseil en garde contre des projets ruineux qui pourraient lui être présentés par l'administration dans l'intérêt de médecins...

M. DESPRÉS. — Je n'ai pas dit cela.

M. LE DIRECTEUR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — ... de médecins qui voudraient se satisfaire au détriment des finances de la Ville. L'Administration, Messieurs, je n'ai pas besoin de le dire, ne peut être soupçonnée de pareilles intentions.

M. LE RAPPORTEUR. — Tous les projets dont parle M. Després ont été présentés par l'ancienne administration de l'Assistance...

M. DESPRÉS — Vous savez comment.

M. CHAUTEMPS. — Expliquez-vous.

M. LE RAPPORTEUR. — Or, cette Administration, que je sache, n'était guère favorable à M. Bourneville. Ils ont été approuvés au Conseil de surveillance où les idées de notre excellent collègue sont loin d'avoir toujours la majorité, et enfin, ils ont toujours été acceptés par vous à une très grande majorité. Je répète donc que M. Després n'a fait qu'apporter ici une question personnelle. (Très bien!)

M. JACQUES. — Je ne suis pas à cette tribune pour discuter des actes auxquels le Conseil s'est associé. Si M. Bourneville en a pris l'initiative, le Conseil en a accepté la responsabilité et je l'en félicite. (Très bien!)...

M. DESPRÉS. — Je n'ai pas l'habitude de dissimuler mes opinions. Si j'eusse voulu incriminer M. Bourneville lui-même, je l'eusse fait franchement.

M. DESCHAMPS. — Vous l'avez fait.

M. DESPRÉS. — J'ai voulu attirer votre attention sur les dépenses excessives que vous avez votées en faveur du service des enfants idiots et épileptiques de Bicêtre. Si vous aviez visité ce service....

M. PICHON. — Nous l'avons visité.

M. DESPRÉS. — On a construit un pavillon, des ateliers, des annexes...

M. PIPERAUD. — ... qui étaient nécessaires.

M. DESPRÉS. — ... qui sont plus considérables que le bâtiment principal. Vous verriez ainsi que vous avez donné à un seul médecin plus de 5 millions, que vous allez lui donner encore 1,300,000 francs.

M. LE RAPPORTEUR. — 1,500,000 francs.

M. ROUZÉ. — Qu'importe?

M. DESPRÉS. — C'est là de la mauvaise administration. Je l'ai dit à M. le Directeur: « N'écoutez pas les médecins, moi pas plus que les autres. »

M. PIPERAUD. — Le médecin disparaîtra; le service restera.

M. DESPRÉS. — Songez, Messieurs, que la plupart des fonds que vous avez ainsi employés appartenaient aux malheureux dont je suis, comme M. le Directeur de l'Assistance, qu'il ne l'oublie pas, le premier serviteur.

PLUSIEURS MEMBRES. — Pas plus que nous.

M. DESPRÉS. — Ne faites pas pour d'autres, je vous en conjure dans l'intérêt général, ce que vous ne feriez pas pour moi qui, d'ailleurs, ne vous le demanderais pas. J'y insiste: Ne croyez pas aux médecins outre mesure, aux administrateurs, aux architectes. Agissez de haut et faites ce que vous croyez bon sans consulter ceux qui peuvent être de près ou de loin intéressés dans la question.

Nous remercions M. Després de son intervention dans la discussion, car elle nous a valu de la part de nos anciens collègues et amis, des témoignages de sympathie si vifs et si nombreux, qu'ils nous récompensent de toutes les peines que nous nous sommes données pour réaliser des réformes d'une utilité incontestable et qui font honneur au Conseil municipal. Ceci dit, reprenons brièvement les faits. 1° M. Després affirme que le projet de construction de la section des enfants de Bicêtre a

(1) Nous avons démontré bien des fois que l'Empire avait gaspillé l'argent de l'Assistance publique et des contribuables dans les constructions de l'Hôtel-Dieu et de l'hôpital de Berck et qu'il avait laissé *tous* les établissements hospitaliers dans un état déplorable, ce qui a nécessité précisément des subventions extraordinaires et en nécessite encore.

coûté six millions; puis il se reprend et n'accuse plus que *cinq millions*. Avant de parler, il aurait pu jeter un coup d'œil sur la délibération du Conseil municipal, prendre des renseignements. Examiner à fond une affaire avant de parler, n'entre pas dans les habitudes de M. Desprès. S'il l'avait fait, il aurait vu, ainsi que le lui a rappelé M. Robinet, que les dépenses totales de la section, pour 400 lits, sont évaluées à 2,880,000 fr.; que les crédits votés pour la première partie de l'opération (réfectoires, classes, service des gâteux, infirmerie, bains, entrée de la section et deux dortoirs) s'élevaient à 1,562,000 fr.; — que l'adjudication ayant donné un boni de 428,000 fr., l'Administration, sur notre proposition, a demandé au Conseil municipal d'affecter 228 547 fr. à la construction de deux nouveaux dortoirs. De telle sorte que, avec les 1.562.000 fr. votés par le Conseil (26 juin 1883), on aura construit l'entrée de la section, les réfectoires, le service de propreté pour le traitement du gâtisme, le service balnéo-hydrothérapique, les classes, huit dortoirs de chacun 20 lits, le bâtiment des gâteux (80 lits), l'infirmerie (24 lits). Pour compléter le service, qui doit avoir 400 lits, il reste à voter un crédit de 1.318.000 fr., destiné à la construction de préaux, de cellules, d'un service d'isolement pour les maladies contagieuses et de huit dortoirs (4 bâtiments).

2° La question de dépenses écartée, M. Desprès aurait dû voir si le projet voté par le Conseil répondait à des besoins réels. Deux moyens d'instruction s'offraient à lui : la lecture de mes rapports imprimés faits au Conseil général et au Conseil municipal et ensuite une visite du *service actuel* des enfants de Bicêtre. S'il avait lu mes rapports, il aurait vu que le vœu du Conseil général, auquel il va être bientôt donné satisfaction, date du mois de février 1878, *époque où je n'étais pas médecin de Bicêtre*, époque où rien ne faisait prévoir une prochaine vacance: ce n'est, en effet, qu'au mois d'octobre 1879 que j'ai pris possession du service. Ce n'était donc pas pour me faire un don personnel, m'accorder une faveur, mais bien pour donner satisfaction à des besoins réels, signalés depuis longtemps par des vœux réitérés réclamant des moyens d'assistance pour les *enfants incurables*, que le Conseil municipal a voté le projet que j'ai proposé après l'avoir soumis à M. Imard, inspecteur de Bicêtre, à M. Gallois architecte et au directeur de l'hospice. Mon projet est devenu une œuvre qui m'est commune avec ces messieurs et je ne puis que les remercier de ce qu'ils ont fait et font encore pour sa réalisation.

Si cette lecture des documents, dont il dispose, n'avait pas convaincu M. Desprès, il aurait pu se rendre à Bicêtre, visiter le service et surtout le visiter le matin, vers 7 ou 8 heures, peu après le lever des enfants. M. Desprès s'est bien gardé de se donner cette peine. C'est parce que les membres de la Comission d'Assistance publique du Conseil municipal ont vu cet ignoble service qu'ils ont déclaré qu'il fallait d'*urgence*, le remplacer par une nouvelle section. Tous les médecins français et étrangers, qui sont venus à Bicêtre, ont été unanimes pour reconnaître que la section actuelle des enfants était dans un état honteux et qu'elle devait être radicalement transformée.

Nous serions heureux que cette nouvelle attaque de M. Desprès provoquât de nouvelles visites et nous avons la persuasion que tous les visiteurs donneront raison au Conseil municipal et le loueront d'avoir voté les constructions en cours d'exécution.

VARIA

L'admission des femmes à l'internat des hôpitaux de Paris.

La question de l'internat des femmes a été au Conseil municipal (Séance du lundi, 2 février), l'objet d'une discussion à laquelle ont pris part MM. Piperaud, Chassaing. Robinet, Strauss, Levraud, Deschamps, Desprès et le directeur de l'Assistance publique, M. Peyron. Le conseil par 48 voix contre 15 a voté l'ordre du jour de M. Piperaud ainsi conçu :

« Le Conseil, considérant qu'il est de toute justice de faciliter l'instruction médicale des femmes : considérant que les fonctions d'externes des hôpitaux donnent droit à l'admission au concours de l'internat sous peine de dechéance ; invite l'administration à ne pas s'opposer désormais à l'admission des femmes audit concours de l'internat. »

L'article additionnel suivant de M. Ernest Hamel a ensuite été mis aux voix et adopté : « l'administration de l'Assistance publique est invitée à mettre une salle spéciale dans l'un de ses hôpitaux, à la disposition des internes-femmes. »

Nous relevons dans le *Bulletin municipal* qui rend compte de ce débat (p. 210, ligne 13), cette phrase de M. Desprès : « La femme a une maladie qui n'appartient qu'à elle, l'hystérie ». — L'illustre chirurgien tient à prouver que ses connaissances en neuro-pathologie sont aussi singulières et incomplètes que celles qu'il possède en chirurgie. Tous les médecins savent, en effet, que l'hystérie est une maladie qui s'observe également chez l'homme et que, par conséquent, elle n est pas spéciale à la femme.

Laïcisation de l'hospice d'Ivry.

« Conformément à ses engagements envers le Conseil municipal, dit *le Radical*, le nouveau directeur de l'Assistance publique, M. Peyron, vient de procéder a la laïcisation de l'hospice d'Ivry. La substitution des laïques aux religieuses s'est faite le mercredi, le jeudi et le samedi de la semaine dernière. On nous assure, à ce propos, que les deux promoteurs de la fameuse pétition en faveur du maintien des religieuses, C... et M.., ont déclaré samedi au directeur de l'hospice qu'il pouvait disposer de leurs lits, parce qu'ils quitteraient l établissement le lundi 2 février. Il parait que des ressources spéciales ont été mises à leur disposition pour les récompenser de leur zèle. »

Nos renseignements personnels confirment les faits énoncés par *le Radical*. L'année 1885 commence bien pour la laïcisation. Le nombre des élèves infirmières des trois écoles s'est notablement accru. Beaucoup de dames du dehors suivent les cours et se préparent à entrer comme infirmières. L'Administration n'a qu'à les encourager et, à la fin de l'année scolaire, c'est-à-dire le 1er août au plus tard, elle aura tout le personnel nécessaire pour la laïcisation de deux hôpitaux. M. Peyron étant bien décidé à prendre toutes les mesures nécessaires pour le recrutement d'un bon personnel sera donc en mesure de terminer promptement la laïcisation.

Enseignement supérieur : Limite d'âge des professeurs.

Dans son numéro du 4 février l'*Echo de Paris* a publié l'entrefilet ci-dessous :

Place aux jeunes. C'est ce que se sont dit peu charitablement les jeunes professeurs du Muséum, qui, réunis hier en assemblée générale, ont décidé de demander la mise à la retraite de tous les professeurs ayant soixante-dix ans. Cette décision, transmise au ministre de l'instruction publique, a été accueillie par ce dernier. En conséquence, MM. Chevreul et Milne-Edwards père, professeurs au Muséum, vont être mis à la retraite. Cette décision fait un certain bruit dans le monde universitaire.

Nous voyons avec satisfaction que la campagne entreprise par le *Progrès médical* (1) aura de sérieux résultats. Il semble même que ces résultats doivent être plus prochains que nous ne pouvions l'espérer. Dans cette question, ce qui nous a guidé et ce qui doit guider le ministre de l'Instruction publique c'est l'*intérêt de l'enseignement supérieur* et la bonne réputation stientifique et littéraire de la France. Nous avons le ferme espoir que M. Fallières se rendra un compte exact de la situation et prendra sans faiblir les mesures nécessaires.

Concours pour l'érection d'une statue à Paul Broca.

Art. 1er. — Il est ouvert à Paris un concours pour l'érection d'une statue à Paul BROCA ; elle sera élevée sur le terre-plein situé en face de l'entrée de la Faculté de médecine, au coin de la rue de l'Ecole de Médecine et du boulevard Saint-Germain.

Art. 2. — La statue aura 2 mètres 20 de hauteur, plinthe comprise.

Art. 3. — Les concurrents produiront une maquette de la statue et du socle, ayant une hauteur totale de 70 centimètres.

Art. 4. — Les maquettes devront être déposées à l'Ecole des Beaux-Arts, dans les salles du premier étage, sur le quai, le 1er septembre 1885, avant 5 heures du soir. Chaque maquette portera une devise qui sera reproduite dans un pli cacheté, signé de l'auteur, adressé au Secrétariat de la Commission.

Art. 5. — Le jugement sera rendu, au plus tard, le dixième jour après l'exposition publique qui durera 15 jours et commencera le 8 septembre 1885.

Art. 6. — Le jury chargé du classement des projets sera com-

(1) Voir le n° 50 de 1884 et les nos 1 et 5 de 1885.

posé des membres de la Commission du monument BROCA, nommés par la Société d'anthropologie et de trois artistes qu'elle s'adjoindra (deux sculpteurs et un architecte).

Art. 7. — Trois maquettes pourront être choisies parmi les œuvres des concurrents. Leurs auteurs seront chargés d'exécuter chacun le buste en platre de BROCA, grandeur nature, et une nouvelle maquette haute de 1 m. 20 avec la plinthe. L'artiste, qui après cette épreuve complémentaire aura réuni les suffrages du jury, sera chargé de l'exécution définitive ; les deux autres, classés suivant le mérite de leur œuvre, recevront une prime de 1.000 fr. et de 500 fr.

Art. 8. — Il sera donné à chaque concurrent un délai de deux mois pour faire la deuxième épreuve : le jugement de ce second degré du Concours aura lieu dans la première quinzaine de décembre 1885.

Art. 9. — Une somme de 8.000 fr. sera mise à la disposition de l'artiste désigné par le jury pour l'exécution en platre du modèle définitif, lequel sera coulé en bronze aux frais de la Commission du monument. Dans le cas où la Commission déciderait que la fonte fut faite à cire perdue, le sculpteur sera tenu de surveiller la fonte ainsi opérée et de retoucher la cire. Cette somme pourra être payée à l'artiste, par quart, en raison de l'avancement de l'œuvre.

Art. 10. — Celui-ci devra, en outre, présider à l'exécution d'un buste en bronze d'après le modèle de sa statue. Le modèle demeurera la propriété de la Société d'anthropologie de Paris.

Art. 11. — Les maquettes devront être enlevées, dans un délai de 8 jours, après l'exposition publique, par les soins des concurrents. La Commission ne prend point la responsabilité de leur conservation passé ce délai.

Art. 12. — Le piédestal sera confié aux soins d'un architecte désigné par l'artiste qui aura obtenu l'exécution de la statue. Toutefois, la Commission se réserve le droit d'approuver le modèle du socle qui devra lui être soumis avant son exécution (1).

Thèses soutenues à la Faculté de Médecine.

Vendredi 13. — M. Hagiescou. Note critique à propos d'un cas de désarticulation ancienne du genou suivie d'autopsie. — Fafournoux. Contribution à l'étude des hydrocèles récidives de la tunique vaginale et de leur traitement.

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

1re Session 1885. Paris. — Semaine de Pâques

QUESTIONS A L'ORDRE DU JOUR (2).

I. Étiologie et pathogénie des infections chirurgicales. On est invité à rapporter spécialement les faits cliniques et expérimentaux qui peuvent contribuer à déterminer le rôle respectif des ferments figurés (microbes, etc.) et des poisons chimiques (ptomaïnes, etc.) dans la pathogénie des septicémies. — II. Des indications que l'examen des urines fournit à la pratique chirurgicale. — III. Des meilleurs pansements à employer dans la chirurgie de l'armée en campagne. — IV. Cure des abcès froids. Distinguer entre la cure des abcès froids ossifluents et la cure des abcès froids non ossifluents. — V. Des indications opératoires dans les blessures profondes de l'abdomen.

FORMULES

2. Traitement du Chalazion (3).

On appelle *Chalazion* une petite tumeur arrondie, de la grosseur d'un grain d'orge ou d'une noisette siégeant dans l'épaisseur même du cartilage tarse. C'est une maladie des glandes de Meibomius, un kyste par rétention ou un *granulome* avec prolifération puis dégénerescence graisseuse et fonte purulente des cellules endothéliales.

Le développement en est d'ordinaire très lent et indolent, il arrive pourtant quelquefois des poussées inflammatoires qui amènent la suppuration et parfois la guérison du kyste, mais la coque fibreuse reste souvent très longtemps à se résorber, quand il n'y a pas récidive — c'est pourquoi tous les traitements médicaux, pommades résolutives, compresses astringentes, etc., sont sans résultat. Le seul traitement est l'extirpation avec le bistouri quand le kyste est gros et solide, ou la destruction avec le *galvanocautère* quand il est petit et qu'il proémine du coté de la conjonctive. La pince fenêtrée de Desmares agissant comme hémostatique et comme protecteur de l'œil rend l'opération bien facile.

La plaque pleine de la pince est glissée sous la paupière de façon à ce que l'anneau de la seconde branche entoure complètement le kyste. La vis serrée, la circulation se trouve interrompue, la paupière tendue et l'œil protégé. L'incision doit être faite parallèlent au bord des paupières. Le kyste est disséqué soigneusement et enlevé si possible sans que la coque en soit crevée. Un point de suture est quelquefois nécessaire.

Si c'est du coté de la conjonctive qu'on opère c'est la branche fenêtrée qui est placée en dedans, et une fois la vis serrée on fait basculer l'instrument de façon à retourner la paupière, au lieu d'inciser la peau, c'est la muqueuse que l'on incise, etc.

Enseignement médical libre.

Cours particulier de technique microscopique. — M. le docteur LATTEUX, chef du laboratoire d'histologie de la Charité, commencera un nouveau cours, le lundi, 9 février, à 8 heures 1/2 du soir, dans son laboratoire, rue du Pont-de-Lodi, nº 5 et le continuera les lundi, mardi, et jeudi suivants, à la même heure. Ce cours, essentiellement pratique, est destiné à familiariser les élèves avec tous les exercices que comporte l'analyse miscroscopique. Pour cela, ils sont exercés individuellement et répètent eux-mêmes toutes les expériences. On s'inscrit de 1 h. à 2, chez le docteur Latteux, 4, rue Jean-Lantier, près le Châtelet.

INSTRUMENTS ET APPAREILS

Nouvel appareil pour injections utéro-vaginales.

M. le Dr Yvonneau soumet à l'appréciation de l'Académie un nouvel appareil destiné à donner plus d'efficacité à la manière insuffisante dont se pratiquent généralement les injections utéro-vaginales. Les injections à l'eau simple ou médicamenteuse, ne peuvent donner de bons résultats qu'autant que la femme occupe une position horizontale, le bassin sensiblement plus élevé que la

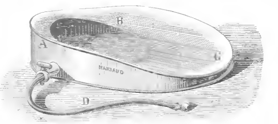


Fig. 8.

région lombaire. Cet appareil fabriqué par M. Mariaud offre tous ces avantages.

Il se compose de trois pièces juxtaposées. Deux présentent la même forme ovalaire ; elles sont reliées entre elles circulairement par une troisième pièce de forme trapezoïde A, évidée sur l'un des côtés C ; une ouverture ovalaire est pratiquée à sa partie supérieure B. Enfin un tube de dégagement évacuateur des liquides D, muni d'un robinet est placé à la base de l'appareil. La simplicité de l'instrument est telle que la figure ci-contre est plus que suffisante pour bien faire comprendre le mode de l'emploi. M. le Dr Yvonneau emploie depuis longtemps l'appareil, tant dans son service à l'hôpital de Blois, que dans sa clientèle privée. Il en a obtenu les plus heureux succès.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 25 janvier au samedi 31 janvier 1885, les naissances ont été au nombre de 1198, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 462 ; illégitimes, 138. Total, 600. — *Sexe féminin* : légitimes, 436 ; illégitimes, 162. Total, 598.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881, 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 25 janvier au samedi 31 janvier 1885, les décès ont été au nombre de 1232 : savoir : 625 hommes et 607 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Choléra : M. . F. .. T. . — Fièvre typhoïde : M. 5. F. 7. T. 12. — Variole : M. 2.. F. 1, T. 3. — Rougeole : M. 20, F. 18, T. 38. — Scarlatine : M. ., F. 1,

(1) Toutes les demandes de renseignements et toutes les communications doivent être adressées à M. le Dr S. Pozzi, 10, place Vendôme.

(2) Adresser les communications et les cotisations à M. le Dr S. Pozzi, 10, place Vendome. — Cotisation annuelle, 20 francs. — Fondateur (jusqu'au 15 février), 200 francs.

(3) Voir les nos 31, 37, 40, 46 (année 1884) et 2 (année 1885) du *Progrès médical* : Traitement des maladies des yeux à la clinique du Dr Abadie.

T. 1. — Coqueluche : M. 1. F. 3. T. 4. — Diphthérie, Croup. M. 16, F. 25, T. 41. — Dyssenterie : M. .. F. ., T. .. — Erysipèle : M. 1, F. 3, T. 4. — Infections puerpérales : 7 — Autres affections épidémiques : M. ., F. ., T. .. — Méningite tuberculeuse et aiguë : M. 28, F. 30, T. 58. — Phthisie pulmonaire : M. 135, F. 64 T. 199. — Autres tuberculoses : M. 8, F. 7. T. 15. — Autres affections générales : M. 31, F. 30. T. 61. — Malformations et débilité des âges extrêmes : M. 36, F. 51, T. 87. — Bronchite aiguë : M. 25, F. 28, T. 53. — Pneumonie : M. 55, F. 70, T. 125. — Athrepsie : M. 26. F. 26. T. 52. — Autres maladies des divers appareils : M. 211, F. 221, T. 432. — Après traumatisme : M. ., F. ., T. .. — Morts violentes : M. 14, F. 3. T. 17. — Causes non classées M. 1, F. 10, T. 11.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 96 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 34 ; illégitimes, 19. Total : 53. — *Sexe féminin :* légitimes, 30 ; illégitimes, 13. Total : 43.

CONCOURS *pour l'admission à un emploi d'inspecteur* (1) *des établissements dangereux, insalubres ou incommodes.* — Un concours pour l'admission à un emploi d'inspecteur des établissements insalubres, dangereux ou incommodes, commencera le jeudi 19 mars 1885, à 10 heures du matin, à la Préfecture de police. (Salle du Conseil d'hygiène publique et de salubrité). L'épreuve à laquelle seraient soumis les candidats, formera deux parties : une *composition écrite* et une *épreuve orale.* — *Composition écrite :* Le candidat traitera un sujet donné par le jury et portant sur une ou plusieurs des industries insalubres, dangereuses ou incommodes ; trois heures sont accordées pour cette épreuve ; le candidat devra avoir une écriture lisible. — *Epreuve orale :* L'épreuve orale comprendra : 1° Des notions élémentaires sur la législation relative aux établissements classés ; 2° Des connaissances générales sur les procédés de fabrication employés dans les principales industries ; sur les inconvénients auxquels donne lieu l'exploitation de ces établissements ; sur les mesures de sécurité et de salubrité à prendre dans l'exploitation de ces usines, ateliers, manufactures ou dépôts, d'après la nature des inconvénients qu'ils présentent. — Les candidats, médecins, chimistes ou ingénieurs, — devront faire parvenir leur demande à M. le Préfet de police, avant le 15 février 1885, y joindre une copie de leur acte de naissance et un extrait de leur casier judiciaire et faire connaître les titres scientifiques qu'ils peuvent avoir et les ouvrages qu'ils auraient écrits.

NOMINATIONS. — M. le Dr NAPIAS vient d'être nommé inspecteur général des services administratifs du Ministère de l'intérieur (établissements de bienfaisance).

Nous applaudissons de tout cœur à cette nomination et nous adressons nos plus vives félicitations à notre ami.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — Le concours pour la place d'aide de physiologie s'est terminé par la nomination de M. GRIFFE.

FACULTÉ DES SCIENCES DE BESANÇON. — M. LAGARDE, docteur ès sciences, est chargé, à titre de suppléant, du cours de physique.

ECOLE DE MÉDECINE DE TOURS. — Un congé de trois mois est accordé sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Charcelgy, professeur de clinique interne. M. SAINTON, suppléant, est chargé du cours pendant la durée de ce congé.

ECOLE DE MÉDECINE DE RENNES. — La chaire d'accouchements, maladies des femmes et des enfants est transformée en chaire de clinique obstétricale et gynécologie.

ECOLE DE PHARMACIE DE NANCY. — M. NOEL est nommé préparateur de matière médicale, de minéralogie et d'hydrologie, en remplacement de M. Ruttinger, appelé à d'autres fonctions.

INSTITUTION NATIONALE DES SOURDS-MUETS. — M. JAVAL, inspecteur général des services administratifs, a été nommé directeur de cette institution.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE. — La séance annuelle de la *Société centrale* aura lieu le dimanche 8 février prochain, à deux heures et demie, dans l'amphithéâtre de l'Assistance publique, avenue Victoria, n° 3. — *Ordre du jour :* allocution du vice-président ; rapport du secrétaire. — Compte rendu du trésorier ; ratification des admissions faites dans l'année ; élection du président de la Société centrale et de dix membres de la Commission administrative en remplacement des membres sortants.

PRIX DUPARCQUE. — La *Société de médecine de Paris* a l'honneur de prévenir les concurrents pour le prix Duparcque que le délai fixé pour la remise de leurs travaux est reporté au 10 octobre 1885. Nous rappelons que ce prix, qui, cette année, est exceptionnellement de 1.200, sera décerné au meilleur travail en langue française, manuscrit ou imprimé, paru depuis moins de deux ans, sur la pathologie de l'ovaire et en particulier sur l'ovarite.

(1) Par arrêté du 17 décembre 1881, le traitement des inspecteurs a été fixé : à 4.000 fr. pour la 1re classe et à 3.000 fr. pour la 2e classe.

SOCIÉTÉ DE STATISTIQUE DE PARIS. — *Conférences de statistique.* — Au siège social, 84, rue de Grenelle, à Paris (hôtel de la Société nationale d'horticulture. — Le 4 février 1885 : La vallée de la Seine. Paris port de mer, avec projections à la lumière électrique, M. J.-J. de Coëne. — Le 11 : Berlin et Vienne, avec projections à la lumière électrique, M. Fournier de Flaix. — Le 25 : De la répartition de la population en France et de sa densité par commune, monographie de quelques départements, M. Victor Turquan, — Le 4 mars 1885 : De la comptabilité publique en France (historique et statistique), M. Victor de Swarte. — Le 11 : La population française, M. Toussaint Loua. — Le 25 : Les progrès et l'évolution de l'Australie, avec projections à la lumière électrique, M. L. Simonin, — Nota : Les portes seront ouvertes à 8 heures du soir et la conférence commencera à 8 heures et demie très précises.

EXCOMMUNICATION. — *La congrégation de la Sainte Inquisition romaine de l'index* a déclaré excommuniés les médecins et les prêtres qui, dans le but de donner des secours plus prompts assistent les individus blessés en duel, soit sur le lieu du combat soit dans une maison voisine. Avis à ceux qui ne seraient pas encore excommuniés !

NOUVEAU JOURNAL. — Nous recevons le premier numéro de l'*Archivio internazionale di otojatria, rinojatria ed aeroterapia*, revue trimestrielle paraissant à Naples, sous la direction des Drs Giampietro et Fasano.

NÉCROLOGIE. — M. le Dr DELPECH (de Cintegabelle). — M. le Dr Louis-François FRAEYS, professeur à l'Université de Gand.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie A. DELAHAYE et E. LECROSNIER, Place de l'Ecole-de-Médecine.

ARCHIVES DE TOCOLOGIE, des maladies des femmes et des enfants nouveau-nés. Vient de paraître la livraison d'octobre. — Prix d'abonnement : Paris : 18 fr. — Province : 20 fr. — Etranger port en sus.

Achter Bericht des Bürcher Hülfsvereins für Geisteskranke über das Jahr, 1883. Broch. in-18 de 37 pages. — Hargen, 1884. — J. hläpfez.

FOREL (A.). — Etudes myrmécologiques en 1878 (première partie) avec l'anatomie du gésier des fourmis. Broch. in-8 de 58 pages et 1 planche hors texte. Extrait du *Bulletin de la Société Vaudoise des sciences naturelles*, 1878, n° 80.

FOREL (A.). — Rechenschaftsbericht über die zürcherische kantonale Irrenheilanstalt Burghölzi für das Jahr, 1881. Broch. in-8 de 19 pages. — Zurich, 1882. — F. Lohbauer,

FOREL (A.). — Rechenschaftsbericht über die zürcherische kantonale Irrenheilanstalt Burghölzli für das Jahr, 1882. Broc. in-8 de 21 pages. — Hergam, 1883. — J. Schläpfer.

FOREL (A.). — Einiges über die Organisation des Irrenwesens besonders in Schottland und bei Uns. Broch. in-8 de 16 pages.

FOREL (A.). — Ueber die Hirnveränderungen bei Lyssa. Brochure in-8 de 6 pages. — Separatabdruck aus der Deutschen Zeitschrift für Thiermedicin und vergleichende Pathologie.

POWERS (E.-F.). — Beitrag zur Kenntniss der Menstrualen Psychosen. — Inaugural-Dissertation zur Erlangung der Doctorwürde vorgelegt des hohen medizinischen Facultät-Genehmigt auf Antrag von Hern professor Dr Forel. Broch. in-8 de 120 pages. — Zürich, 1883. — Orell Füssli et Ce.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMPR. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71.

13e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. I. N° 7. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 14 FÉVRIER 1885.

Le Progrès Médical

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Leçons sur l'anatomie pathologique du choléra;

Par le Dr I. STRAUS, agrégé, médecin de l'hôpital Tenon (1).

Messieurs,

IV. Quelle est la nature et la signification de ces lésions, à la fois si rapides et si profondes, provoquées dans le rein par le choléra ? C'est là une question dont je dois m'expliquer devant vous et dont l'importance est grande au point de vue de l'anatomie pathologique générale, le rein cholérique constituant peut-être le type le plus accusé de ces altérations rénales qu'avec M. le professeur Bouchard on peut désigner du nom de *néphrites infectieuses*.

Naguère encore, sous l'influence des doctrines toutes puissantes de Virchow, la nature inflammatoire de la lésion rénale dans le choléra était presque universellement admise : néphrite croupale pour Reinhard et Frerichs ; pour Virchow, néphrite catarrhale débutant par les calices et gagnant progressivement, à travers la papille et les rayons médullaires, les tubes contournés de l'écorce ; catarrhe s'accompagnant quelquefois d'exsudat fibrineux (quand le catarrhe se transforme en croup). Ces vues se retrouvent, plus ou moins modifiées, dans la plupart des traités didactiques sur les maladies du rein ; Rosenstein, Lécorché, Bartels surtout, s'accordent à admettre la nature phlegmasique du processus et font rentrer la lésion fondamentale du rein cholérique dans la classe des néphrites parenchymateuses. Seul, L. Meyer faisait exception; pour lui, il s'agissait simplement d'une altération passive, régressive du rein due à la stase veineuse (2).

M. Kelsch, dans un mémoire qu'il faut toujours citer, arrive à une conception tout autre du processus évoqué dans le rein par le choléra. Pour lui, il ne s'agit là « ni d'une inflammation catarrhale, ni d'un processus croupal, ni même d'une néphrite parenchymateuse. Ces altérations épithéliales, causes du gonflement et des troubles fonctionnels du rein, sont purement de nature régressive ; elles se rattachent ici clairement à l'ischémie artérielle. En effet, le ralentissement de la circulation artérielle est tel que le rein se trouve, pour ainsi dire, placé dans les mêmes conditions que dans les expériences de Munck et de Schultze et il devient ici beaucoup plus commode que partout ailleurs de rattacher l'effet à sa cause, c'est-à-dire la mort de l'épithélium à l'ischémie (3). »

Vous voyez, messieurs, que les conclusions de M. Kelsch sont formelles ; elles affirment, d'une part, la nature régressive du processus, et, d'autre part, l'intervention comme cause productrice, non pas de la stase veineuse invoquée autrefois par L. Meyer, mais de l'ischémie artérielle. Vous allez voir combien nos propres recherches sont, en dernière analyse, confirmatives des vues formulées, il y a plus de dix années, par M. Kelsch. Mais d'abord je dois vous initier sommairement à une notion nouvelle dont s'est enrichie l'anatomie pathologique et qui, si je ne m'abuse, est appelée à faciliter la compréhension et l'interprétation des lésions qui nous occupent. Je veux parler des belles recherches de M. le professeur Weigert sur ce que l'on appelle avec Cohnheim la *nécrose de la coagulation*.

Cette nécrose de coagulation constitue une altération spéciale des éléments cellulaires, surtout des éléments histologiques hautement différenciés tels que les épithéliums, la fibre musculaire striée, etc., altération qui consiste d'une part dans une sorte de transformation fibrineuse, de coagulation de la substance protoplasmique, et, d'autre part, dans une disparition rapide du noyau de la cellule, qui devient inapte à fixer les matières colorantes ayant de l'affinité pour les noyaux, tels que le carmin, l'hématoxyline et les couleurs basiques d'aniline. Cette nécrose avec coagulation peut être déterminée par des causes diverses, de nature zymotique (dans le croup, par exemple), ou physico-chimique, ou par des troubles vasculaires et en particulier par l'ischémie artérielle. En ce qui concerne l'ischémie artérielle, M. Weigert a montré que, quand elle est complète et *durable*, elle entraine la mortification pure et simple avec ses caractères histologiques bien connus. Pour qu'apparaisse cette forme spéciale de nécrose qu'on appelle la nécrose de coagulation, il faut que les éléments anatomiques, après avoir été frappés de mort, continuent encore à être baignés et traversés par une certaine quantité de liquide lymphatique; il faut en un mot que l'ischémie ne soit que *temporaire* et suivie bientôt du rétablissement d'une circulation à peu près normale ; cette nécrose résulte donc surtout de troubles *transitoires* de la circulation artérielle (1).

Au point de vue particulier de l'anatomie pathologique du rein, la nécrose de coagulation a été élucidée par les recherches de M. Litten sur les effets de la ligature temporaire de l'artère rénale (2). Si sur un lapin on lie l'artère rénale pendant 2 à 3 heures, qu'on enlève ensuite le lien de façon à permettre au sang artériel de revenir dans l'organe temporairement ischémié, et qu'on sacrifie l'animal au bout de 36 à 48 heures, on constate sur les cellules épithéliales du rein, particulièrement dans les tubes contournés, les lésions propres à la nécrose de coagulation (disparition du noyau, transformation du protoplasma en une masse coagulée, se présnetant sous l'aspect d'un réseau fibrineux à mailles très serrées). Le tissu conjonctif interstitiel et les vaisseaux sont à peu près intacts.

Si maintenant, Messieurs, vous vous représentez les

---

(1) Voir *Progrès médical*, nos 48 50, 1884. et 2. 1885.

(2) *Beiträge zur Pathologie des Cholera-typhoids* (*Virchow's Archiv*. Band. VI. p. 471 .

(3) *Revue critique et anatomo-pathologique sur la maladie de Bright*. (*Arch. de physiol.* 1874, p. 748).

(1) Consulter à ce sujet : Weigert : *Ueber pathologischen Gerinnungvorgänge* (*Virchow's Arch.* 1880, t. 79, p. 103) et, du même, l'article « *Coagulations Necrose* » dans Real. Encyclopédie d'Eulenburg.

(2) Litten : *Untersuchungen über den hemorragischen Infarct. Zeitschr. klin. Medicin* 1879, T. 1, p. 131, et *Virchow's Arch* 1881, T. 83, p. 508 ; consulter aussi à ce sujet l'excellente thèse de M. Germont : *Contribution à l'étude expérimentale des néphrites*, thèse de Paris 1883, p. 21.

conditions mécaniques de circulation dans lesquelles le rein se trouve placé dans le choléra (en faisant abstraction de l'influence que peuvent et que doivent exercer sur l'organe les altérations subies par le sang lui-même) vous pouvez admettre que les choses se passent, dans une certaine mesure, d'une façon comparable à ce qui est réalisé dans l'expérience de M. Litten. Pendant le *stade algide de la maladie*, la pression artérielle est réduite au minimum et, par conséquent, la circulation artérielle, dans le rein comme dans les autres organes, doit être singulièrement amoindrie ; c'est ce que témoigne du reste l'anurie caractéristique du stade algide : la pression glomérulaire est tellement abaissée que toute filtration a cessé de s'effectuer. Plus tard, avec la période de réaction, ou avec les tentatives de réaction incomplète, la pression artérielle se relève et la circulation rénale se rétablit, ainsi que l'indique le réveil de la sécrétion urinaire. Ischémie artérielle temporaire, suivie du retour de l'irrigation artérielle, telles sont donc les conditions dans lesquelles, théoriquement du moins, le rein se trouve placé dans l'attaque cholérique : conditions qui, comme vous le voyez, rappellent d'une façon frappante celles dans lesquelles M. Litten se plaçait expérimentalement.

Cette analogie n'avait pas échappé à Cohnheim, dans les considérations qu'il consacre au rein cholérique dans ses leçons de pathologie générale ; il se demande si le choléra n'évoquerait pas dans le rein des lésions relevant de la nécrose de la coagulation ; question impossible à résoudre actuellement, ajoute-t-il, puisque lors de la dernière épidémie de choléra le processus de la nécrose de coagulation n'était pas encore connu.

Nous avons cherché, dès notre retour d'Egypte, à combler cette lacune, et dans le mémoire que nous avons publié dans les *Archives de physiologie*, les lésions rénales ont été exposées avec un soin particulier. Les préparations que je viens de vous soumettre et qui proviennent de reins de cholériques autopsiés soit à Alexandrie, soit à Toulon, soit à Paris, montrent bien que les lésions sont de nature régressive, nécrobiotique dans leur essence, qui se rapprochent à plusieurs égards de la nécrose dite de coagulation, mais qui cependant, à mon sens, n'en réalisent pas le type exact, complet. C'est ainsi que le protoplasma des cellules épithéliales subit une désintégration protéique, mais ne se convertit pas en un réseau d'aspect fibrineux, comme on l'observe dans l'infarctus blanc expérimental du rein, par exemple ; d'autre part, les noyaux des cellules ne sont pas absolument réfractaires aux matières colorantes, comme cela est la règle dans la nécrose de coagulation typique. Sans doute, ces noyaux sont atteints dans leurs propriétés électives, la plupart se colorent faiblement et quelques-uns cessent même de se colorer par le picro-carminate d'ammoniaque de Ranvier, mais les réactifs plus puissants, tels que l'hématoxyline et les couleurs basiques d'aniline les colorent encore très nettement. Le processus confine donc à la nécrose de coagulation, sans cependant je le répète, en réaliser le type vrai. Vouloir aller au delà et y trouver les caractères de la nécrose de coagulation proprement dite, serait, selon moi, forcer la réalité des choses et obéir quelque peu à une interprétation de commande (1).

Ce qu'il faut surtout retenir, c'est que la lésion rénale dans le choléra est de nature manifestement passive, nécrosique, et qu'il n'est pas de maladie infectieuse qui, avec la même intensité et surtout la même rapidité que le choléra, détermine la mortification et la desquamation de l'épithélium rénal. Il est impossible en outre de ne pas être frappé de la sorte d'unité des lésions provoquées par l'agent cholérique dans les divers organes ; partout, sur l'intestin, sur le rein, sur la muqueuse du bassinet et de la vessie, sur les séreuses, ces lésions consistent surtout dans la mortification rapide et l'exfoliation des revêtements épithéliaux et endothéliaux.

Faut-il surtout faire intervenir l'ischémie artérielle dans la production de ces altérations régressives des divers organes et du rein en particulier ? L'assimilation aux résultats expérimentaux que je viens de vous mentionner est à coup sûr séduisante ; cependant il ne faut l'accepter qu'avec les plus grandes réserves. Comme le fait remarquer Cohnheim lui-même, l'ischémie éprouvée par le rein pendant l'algidité est loin d'être absolue et n'arrive jamais à atteindre le degré auquel on l'observe dans l'embolie artérielle par exemple (infarctus blanc) ou pendant la ligature temporaire de l'artère rénale. L'ischémie artérielle, telle qu'elle existe pendant le stade algide, peut dans une certaine mesure jouer le rôle de cause adjuvante dans la détermination des lésions ; mais j'estime que le rôle essentiel doit être revendiqué pour l'altération du sang lui-même, de quelque nature qu'on se les représente. En effet, les lésions rénales que l'on constate dans le choléra ne diffèrent pas, quant à la nature, de celles qui se voient dans la plupart des maladies infectieuses ; elles se développent à des degrés moins accusés il est vrai et surtout avec une rapidité moins foudroyante dans la fièvre typhoïde (Renaut), dans la diphthérie, etc., maladies dans lesquelles l'algidité et l'ischémie artérielle font cependant défaut.

Je puis être beaucoup plus bref pour les lésions des autres organes dans le choléra. Les *ganglions mésentériques*, tantôt présentent leur volume et leur aspect normal ; dans quelques cas, ils sont légèrement augmentés de volume et hyperémiés. La *rate*, contrairement à ce que l'on constate dans presque toutes les maladies infectieuses, est plutôt diminuée qu'augmentée de volume, ridée, ferme.

Le *foie*, à l'œil nu, présente presque toujours des taches grisâtres, jaune-sale, disséminées à la surface et dans l'épaisseur de l'organe. A l'examen microscopique, on constate les lésions suivantes : les travées des cellules hépatiques sont écartées les unes des autres, et çà et là, ont en partie perdu leur ordonnance radiée ; les capillaires sont distendus et gorgés de globules rouges. Les cellules hépatiques elles-mêmes sont granuleuses et offrent une infiltration protéique, mais bien moins accusée que l'épithélium rénal. Un certain nombre des noyaux des cellules hépatiques sont augmentés de volume, quelques-uns offrent un volume double des noyaux des cellules normales et sont de véritables *noyaux géants*. L'épithélium des conduits hépatiques est intact. MM. Hanot et Gilbert viennent de faire une constatation intéressante ; ils ont signalé l'existence, dans quelques cas, au sein des lobules, d'îlots qui ne se laissent pas colorer par les réactifs. Ces îlots incolores sont formés de cellules hépatiques tuméfiées, à proto-

(1) MM. Ceci et Klebs viennent de publier une note préliminaire sur les recherches qu'ils ont faites sur le choléra à Gênes (*Semaine médicale*, nº 491), et ils signalent une lésion rénale à peu près telle que celle que nous avons décrite ; pour eux, l'altération des cellules épithéliales est bien une nécrose de coagulation : les noyaux de ces cellules ne fixeraient pas ou fixeraient à peine le violet de gentiane.— Dans aucun des nombreux reins que j'ai examinés, je n'ai constaté une lésion nucléaire aussi profonde.

plasma transparent et comme vitreux, et dont le noyau se colore normalement; ils proposent pour cette altération le nom de *tuméfaction transparente* (1).

Sang cholérique. Dans cette pipette effilée, je vous présente du sang puisé dans le cœur d'un cholérique mort pendant le stade algide; quoiqu'il ait été recueilli il y plus de vingt-quatre heures, ce sang est noir foncé, et surmonté d'une couche claire de sérum non coagulée; il présente au plus haut degré les caractères du sang asphyxique et infectieux. A l'examen microscopique, les globules rouges paraissent pâles, diffluents, mais non pas agglutinatifs à la manière de ceux du sang charbonneux; il existe un grand nombre de globulins, ou microcytes, c'est-à-dire de globules rouges deux ou trois fois plus petits que le globule rouge normal (Hayem). La transsudation séreuse, incessamment renouvelée, amène la concentration du sang, au point que le sang des capillaires du doigt peut renfermer par millimètre cube 7,840,000 globules rouges, au lieu de 4 millions à 4 millions et demi qui est le chiffre normal (Kelsch et Renaut) (2). Ces mêmes observateurs ont constaté que dans la période de réaction typhoïde, le sang récupérant son sérum, le nombre des globules rouges, par millimètre cube, atteint rapidement le chiffre normal et tombe bientôt beaucoup au-dessous de ce chiffre.

En examinant aux papiers réactifs le sérum qui se sépare dans les tubes de sang, mon collègue M. Roux a constaté que, dans la plupart des cas, ce sérum est légèrement mais nettement *acide*. Dans plusienrs cas depuis, où le liquide du péricarde et le sang ont été examinés aussitôt après la mort, M. Roux a pu constater également que ces liquides avaient une réaction faiblement acide. A Naples, M. le professeur Cantani a fait la même constatation sur du sang recueilli sur le vivant (3).

Quant on examine du sang frais de cholérique à un fort grossissement, on aperçoit presque constamment dans les intervalles libres compris entre les globules des corpuscules extrêmement petits, très faiblement réfringents, souvent allongés et un peu étranglés en leur milieu et pouvant donner l'idée de micro-organismes. Cet aspect du sang des cholériques avait beaucoup attiré notre attention en Egypte et nous inclinions d'abord à voir dans les petits articles que nous avons décrits, un organisme microscopique. Nous avons dû renoncer à cette opinion étant donné l'impossibilité où nous nous sommes trouvés de colorer ces petits corps, ni de les cultiver. A ma prière, mon ami le Dr Malassez a bien voulu examiner un grand nombre de lamelles de sang desséché de cholériques : voici la très intéressante note qu'il m'a remise à ce sujet :

« On trouve fréquemment dans le sang des cholériques de très petits corps qu'il serait facile de prendre pour des micro-organismes. Lorsque le sang a été étalé en couche mince sur la lamelle, qu'il a été desséché rapidement, puis fixé par la chaleur et les acides chromique ou osmique, coloré ensuite par le violet de gentiane et monté dans le baume, ces petits corps sont vivement colorés par le violet et se présentent sous des formes et des dimensions assez variées : beaucoup ressemblent à des haltères, à des diplocoques, dont les microcoques composants seraient à une certaine distance l'un de l'autre et reliés par un filament plus ou moins visible; d'autres sont en forme de bissac, de biscuit, comme si c'étaient des micro-organismes en voie de division; d'autres sont en chaînettes ou en filaments plus ou moins longs. Bref, on pourrait croire à des formes diverses d'un même micro-organisme ou encore à des espèces différentes de micro-organismes.

« Il n'en est rien. Si l'on fait arriver un peu d'eau sur une lamelle de sang simplement desséché mais non fixé, on verra les globules rouges pâlir peu à peu, puis disparaître, leur hémoglobine s'étant dissoute. Or, c'est ainsi que se comportent les prétendus micro-organismes; quelques-uns d'entre eux résistent bien un certain temps, mais si l'observation se prolonge davantage, on les voit disparaître. Cette disparition des globules rouges et des petits corps en question est bien plus rapide si, au lieu d'eau ordinaire, on se sert d'eau ammoniacale ou d'eau contenant de la bile; on peut faire bien d'autres préparations conduisant aux mêmes conclusions : si on prend par exemple, une lamelle de sang desséché et fixé, et qu'on le colore par l'éosine, puis par le violet 5 B, les globules rouges seront d'un rouge vif, les noyaux des globules blancs, bleu violet, les globulins violacés, et les petits corps, rouge vif. Ils ne se comportent donc, ni comme des micro-organismes, ni comme les globulins de Donné (corpuscules élémentaires de Zimmermann, hématoblastes de Hayem, plaquettes sanguines de Bizzozero), ni comme le protoplasma ou le noyau des globules blancs, mais de la même façon que les globules rouges. Comme on le voit, il y a lieu de conclure de ces expériences que les petits corps en question ne sont que des portions de globules rouges étirés, fragmentés, altération qui est peut-être due à l'énorme concentration du sang.

« On sait que la mission française en Egypte avait remarqué dans le sang des cholériques, de très petits corps ayant une certaine ressemblance morphologique avec le ferment lactique; c'étaient probablement quelques-uns des débris globulaires dont nous venons de parler qui avaient été vus, et nullement les « plaquettes du sang », ainsi que le dit M. Koch dans son cinquième rapport (1); ces plaquettes (hématoblastes d'Hayem), ni comme forme, ni comme dimensions, ni comme réactions histo-chimiques n'ont aucune ressemblance avec les petits corps sus-décrits » (Malassez).

J'ai tenu, Messieurs, à vous faire connaître, avec ses détails techniques si instructifs, cette note inédite de mon savant collègue; elle montre combien sont nombreuses les causes d'erreurs en ces délicates recherches d'hématologie, et combien il faut être réservé quand il s'agit de se prononcer sur la présence d'organismes dans le sang, lorsque les réactions colorantes ne sont pas décisives et surtout quand les essais de culture ne donnent pas de résultats. (*A suivre*).

(1) *Comptes rendus de la soc. de biol.* 1884, n° 41 p. 685.
(2) *Progrès médical*, 1873, p. 240.
(3) Cantani (A.). *La reacione del sangue nel cholera.* (*Il Morgagni*, octob. 1884.)

(1) *Fortschritte der Medicin*, 1884. n° 5, 1er mars.

THÉRAPEUTIQUE

Du traitement de l'Occlusion intestinale par l'électricité (2);

Par le Dr BOUDET DE PARIS, ancien interne des hôpitaux de Paris (3).

Reste maintenant à déterminer la quantité d'électricité qu'il est nécessaire d'envoyer à l'intestin. On comprend qu'il nous soit impossible de donner une évaluation

(2) Mémoire presenté au Congrès International des Sciences médicales de Copenhague, le 14 août 1884.
(3) Voir *Progrès médical*, n° 6.

uniforme puisque cette quantité doit souvent varier avec l'état du malade et la cause de l'occlusion. Mais nous pouvons fixer comme limites extrêmes de l'intensité du courant :

Au minimum : 10 milliampères.

Au maximum : 50 milliampères.

La durée d'application, pour chaque séance, varie entre 5 et 20 minutes.

En employant comme électrode dorsale une plaque de 400 centimètres carrés et comme électrode rectale un litre d'eau saturée de sel marin, la résistance du corps au passage du courant est d'environ 500 ohms; de telle sorte que l'énergie totale fournie à l'intestin peut varier entre les limites suivantes :

Au minimum : 1,5 kilogrammètre.

Au maximum : 150 kilogrammètres.

En faisant usage des piles au bioxyde de manganèse, construites par M. Gaiffe, et dont les constantes sont : 1,35 volt de force électromotrice et 6 ohms de résistance intérieure, il faut, par conséquent, employer 4 éléments dans le premier cas et 25 éléments dans le second. Dans la plupart des cas nous employons de 14 à 16 éléments et le courant est appliqué pendant un quart d'heure; nous avons ainsi une intensité moyenne de 30 milliampères et une somme d'énergie totale de 40 kilogrammètres.

Lorsqu'on emploie le courant galvanique continu, sans secousses, ce qui est suffisant dans beaucoup de cas (tels que les pseudo-étranglements et les obstructions par amas de matières stercorales, quitte à renouveler deux ou trois fois l'application lorsqu'une première n'a pas été décisive, dans ces cas, disons-nous, la direction du courant est de peu d'importance; car l'emmagasinement d'énergie se fait de la même façon dans les tissus, quelle que soit la direction du courant. Cependant il arrive souvent que la partie inférieure du gros intestin a perdu tout ou partie de sa sensibilité et souvent même cette perte de sensibilité rectale est une cause effective de l'absence de selles, comme cela arrive chez certaines hystériques qui n'éprouvent pas la sensation particulière du besoin d'aller à la garde-robe; il y a alors avantage à mettre en rapport avec la muqueuse rectale le pôle le plus excitant de la sensibilité, c'est-à-dire le négatif.

Lorsqu'au contraire il faut, non plus seulement exciter un intestin dont la contractilité peut être encore considérée comme étant à l'état physiologique, mais réveiller un organe paralysé, ou bien déterminer des contractions plus énergiques que les normales, dans le but de vaincre un obstacle quelconque, l'emmagasinement et l'excitation prolongée produite par le courant galvanique constant ne suffisent pas toujours, et il faut alors y ajouter des excitations plus actives, destinées à inviter l'organe à utiliser l'énergie qu'on lui a envoyée et à mettre en train son fonctionnement.

Dans ces cas, voici comment nous procédons : la plaque dorsale étant mise en rapport avec le pôle négatif de la batterie et le mandrin de la sonde rectale avec le pôle positif, on fait passer le courant continu pendant 5 ou 6 minutes; puis, brusquement, on renverse le sens du courant; une ou deux minutes de repos sont ensuite accordées à l'organe qui vient de se contracter énergiquement; on recommence ensuite, s'il est nécessaire, trois ou quatre fois la même manœuvre de façon à ce que la séance atteigne une durée totale de 20 ou 25 minutes environ.

Au moment du renversement du courant, il se fait, comme avec toute fermeture d'un circuit galvanique, une décharge dont l'effet mécanique se rapproche de celui des courants faradiques; mais la tension et la brusquerie de ce choc sont beaucoup moindres que dans celui des bobines d'induction ordinaires, tandis que la quantité d'électricité qui représente son effet mécanique est beaucoup plus grande.

A l'état normal, la quantité d'énergie suffisante pour faire contracter l'intestin, lorsqu'elle est appliquée brusquement au moyen d'une décharge galvanique, est de 12 à 15 milligrammètres. Or, si nous calculons la valeur mécanique d'une décharge produite par 15 éléments au bioxyde de manganèse, en opérant de la manière indiquée plus haut, nous voyons que cette décharge représente environ 112 milligrammètres, c'est-à-dire près de dix fois la quantité suffisante pour faire contracter l'intestin normal.

Ajoutons qu'ici la décharge qui résulte du renversement du courant agit encore en déterminant une sorte de poussée sur l'énergie emmagasinée par le courant permanent; c'est là un phénomène bien connu auquel les premiers physiologistes avaient donné le nom d'alternatives voltiannes et que Matteucci a démontré être dû à la polorisation électrochimique des tissus.

Voici maintenant les résultats fournis par cette méthode depuis 5 ans. Nous avons été appelé 57 fois pour des cas d'occlusion intestinale de nature et de causes très diverses ; sur ces 57 cas, 16 fois seulement l'électricité s'est montrée impuissante à vaincre le symptôme occlusion. Tous ces cas ayant été opérés en présence des médecins et des chirurgiens des hôpitaux de Paris qui nous avaient fait appeler auprès de leurs malades, les chiffres que nous donnons ici se trouvent par cela même contrôlés avec une entière exactitude.

Cette statistique personnelle, déjà si favorable à la première énumération, l'est encore bien plus si l'on considère que, parmi ces 57 cas, nous en comptons plusieurs qui étaient absolument désespérés et sur lesquels l'électricité, pas plus que la chirurgie d'ailleurs ne pouvait avoir prise. Nous avons tenu néanmoins à les faire entrer en ligne de compte, afin qu'on ne pût pas reprocher à notre statistique d'être trop optimiste.

A côté des cas directement opérés par nous, et dont nous possédons les observations détaillées, nous pouvons encore citer 8 cas qui ont été traités d'après notre méthode par nos confrères de Paris et de province et qui ont tous guéri. Nous arrivons donc à un total de 65 cas et de 16 insuccès (1).

Mais, à côté des succès complets, c'est-à-dire des cas dans lesquels la guérison a été immédiate et définitive, nous devons compter un certain nombre de demi-succès; c'est-à-dire que, dans bien des cas, l'électricité a pu vaincre le symptôme occlusion qui n'était que secondaire; mais elle ne pouvait lutter contre la cause même de l'occlusion, cette cause étant souvent le cancer ou la tuberculose, et l'intervention électrique étant trop souvent réclamée dans les périodes ultimes. Les malades, une fois désocclus, n'en mouraient pas moins au bout d'un temps plus ou moins long; cependant, en bonne justice, on ne peut pas, dans l'espèce, accuser l'électricité d'impuissance, puisqu'elle a accompli ce qu'on lui demandait, c'est-à-dire la désocclusion de l'intestin.

Un point important à signaler, c'est que, même dans les cas d'insuccès complet, l'électricité a toujours sou-

(1) Depuis la lecture de ce mémoire au Congrès, nous avons opéré 5 nouveaux cas sur lesquels il n'y a eu qu'un insuccès; la statistique actuelle est donc : 70 cas et 17 insuccès.

lagé les malades en diminuant, ou même en faisant disparaître les symptômes douloureux au moins pour quelque temps.

Mais pour qu'on soit en droit d'attendre un résultat favorable, il est nécessaire d'agir aussitôt que possible. A notre avis, dès que les moyens médicaux ordinaires se sont montrés impuissants, il faut de suite recourir à l'électrisation. S'il n'y a pas d'étranglement, une seule séance suffit ordinairement pour rétablir le cours des matières. Si l'occlusion existe déterminée par une cause quelconque, il peut être quelquefois nécessaire de réitérer l'application; mais on aura pour soi toutes les chances de réussite en agissant de bonne heure. Enfin, si, après un délai, variable selon les circonstances, mais toujours assez court, l'électricité reste sans effet, l'intervention chirurgicale pourra être requise avec d'autant plus d'espoir qu'il y aura eu moins de temps perdu en vaines tentatives.

En général, il ne faut pas s'attendre à voir la débâcle suivre immédiatement la première application d'électricité. Nous avons eu plusieurs fois la chance d'obtenir un résultat complet après quelques minutes seulement d'électrisation, mais c'est loin d'être la règle et l'on s'exposerait à de fréquents désappointements si l'on croyait que l'intestin doive forcément évacuer son contenu dès la première sommation. Même dans les cas simples d'obstruction par accumulation de matières, on est souvent obligé de multiplier les séances d'électrisation pour amener l'évacuation libératrice, et, dans ces circonstances, on peut facilement suivre, par la palpation et la percussion, le déplacement progressif du bouchon stercoral sous l'influence des contractions provoquées par chacune des séances. Un autre point intéressant c'est que la plupart des débâcles tardives ont lieu pendant la nuit. Nous ne chercherons pas à expliquer ce phénomène et nous nous contentons de le signaler en le rapprochant de la fréquence bien connue des accouchements nocturnes. Enfin, il importe de ne pas prendre pour une débâcle effective certaines évacuations spontanées ou provoquées qui sont composées soit par une sécrétion muqueuse plus ou moins abondante, soit simplement par des matières anciennes contenues dans la partie de l'intestin située au-dessous de l'obstacle. La seule preuve évidente que l'on ait de la réalité de la désobstruction, c'est l'expulsion de gaz intestinaux abondants et de matières renfermant de la bile.

D'après ce que nous avons pu observer, l'expulsion de gaz a une signification beaucoup plus importante que l'évacuation des matières, même lorsque celles-ci proviennent des parties supérieures de l'intestin. En effet, s'il existe un bouchon stercoral, son extrémité inférieure s'élimine peu à peu sans que les gaz puissent franchir la portion d'organe qu'il obstrue ; dans le cas d'un rétrécissement, les matières filtrent quelquefois assez facilement au travers du point rétréci, tandis que les gaz, retenus par leur faible densité dans les parties les moins déclives, ne peuvent être chassés que par de puissantes contractions de l'intestin et de la paroi adominale.

On comprend d'après cela que la distension gazeuse de l'abdomen soit pour nous la complication la plus dangereuse de l'occlusion intestinale, surtout lorsque, appelé tardivement, nous avons affaire à un intestin affaibli ou même complètement paralysé par suite de sa dilatation excessive.

Beaucoup de médecins pensent que l'électricité est nuisible dans l'état inflammatoire et inutile dans les cas de cancer. Nous ne partageons pas cette opinion.

L'électricité galvanique n'est pas contre-indiquée par l'inflammation aiguë ou chronique de l'intestin ou du péritoine ; bien au contraire, c'est souvent dans des cas inflammatoires paraissant désespérés, qu'elle a donné ses plus brillants résultats ; jamais elle n'a eu d'influence fâcheuse sur le processus inflammatoire lui-même; nous ne pourrions certes pas en dire autant du courant d'induction.

Quant à ce qui est du cancer, il est bien certain que l'électricité ne peut rien contre lui directement, au moins jusqu'à présent; mais par son action sur la contractilité musculaire, elle peut déterminer la désocclusion de l'intestin dans des cas où la chirurgie croit devoir refuser son intervention. Il nous est arrivé souvent de donner une survie de plusieurs mois à des cancéreux déclarés inopérables et qui, faute d'intervention, auraient succombé en quelques jours aux suites de la rétention des matières stercorales.

Il existe toutefois une contre-indication à l'emploi de l'électricité, et cette contre-indication résulte presque toujours du retard que l'on met à faire intervenir ce moyen; nous voulons parler de l'affaiblissement du cœur et de l'état syncopal qui en est la conséquence. Cet affaiblissement du muscle cardiaque reconnaît plusieurs causes.

Il peut être en relation avec une lésion cardiaque plus ou moins ancienne, mais en tout cas antérieure à la maladie actuelle; d'autres fois, il résulte de la dépression énorme subie par l'organisme tout entier à la suite d'une lésion de l'intestin et d'une excitation anormale du sympathique abdominal ; le plus souvent il est sous la dépendance de l'empoisonnement déterminé par la rétention prolongée des matières stercorales, empoisonnement auquel on peut donner le nom de stercorhémie ou de coprhémie et auquel MM. les professeurs Bouchard et Lépine ont fait allusion dans leurs récentes communications sur les « auto-intoxications. »

Quelle que soit la cause de l'affaiblissement du cœur, il constitue un danger redoutable et s'il n'est pas toujours une contre-indication absolue à l'emploi du traitement électrique, il nécessite des précautions toutes particulières dans l'application de l'électricité. On sait en effet que les courants et principalement les courants galvaniques, dirigés sur les terminaisons du sympathique intestinal, exercent une influence très marquée sur les mouvements du cœur. Cette influence, évidemment d'ordre réflexe, est très facile à constater à l'état de santé. Elle consiste d'abord en une notable accélaration des battements du cœur; puis, à cette accélération, succède rapidement une période de ralentissement d'autant plus marquée que l'intensité du courant est poussée plus loin. Chez certains individus on peut même observer un arrêt complet du cœur au moment où, après une électrisation continue de quelques minutes, on fait le renversement du courant.

On comprend le danger qui peut résulter d'un pareil accident lorsque l'on opère chez un malade très affaibli ou déjà intoxiqué par la stercorhémie. Le cœur, en pareil cas, bat faiblement ou même irrégulièrement; il a souvent des intermittences, quelquefois des arrêts spontanés, assez prolongés. Si, dans ces conditions, on fait agir brusquement sur l'intestin une somme d'énergie électrique considérable, on peut craindre de provoquer une syncope contre laquelle le cœur affaibli serait incapable de réagir. Pour notre part, nous n'avons jamais eu de semblables accidents à regretter, mais il nous

faut avouer que, dans plusieurs circonstances, l'état cardiaque des malades nous a paru tellement grave que nous n'avons pas osé intervenir. Il est donc nécessaire d'agir avec la plus extrême prudence quand on est appelé tardivement à pratiquer l'électrisation de l'intestin et il est bon de s'assurer du fonctionnement du cœur des malades afin de ne pas exposer à un péril immédiat des existences déjà bien compromises.

Tels sont, Messieurs, aussi résumés que possible, les principaux points sur lesquels nous désirons appeler votre attention. Nous ne prétendons pas substituer ni même opposer l'électricité aux moyens chirurgicaux, les seuls auxquels on puisse et on doive recourir dans bien des cas d'occlusion.

Mais nous espérons avoir suffisamment démontré l'efficacité souvent complète du traitement électrique et la supériorité incontestable du courant galvanique sur les courants d'induction.

Nous croyons donc pouvoir offrir à la thérapeutique médicale un moyen ou plutôt une méthode rationnelle de traitement, qui a déjà honorablement fait ses preuves et à laquelle, dans l'avenir, bien des malades encore devront l'existence.

PATHOLOGIE INTERNE

HÔTEL-DIEU. — SERVICE DE M. HERARD.

Kyste hydatique suppuré du foie, ouverture simultanée dans la plèvre droite et dans les voies biliaires. — Empyème. — Mort par péritonite (1);

Par **Albert CAYLA**, interne des hôpitaux.

Les pièces que je présente proviennent de l'autopsie d'une jeune fille morte dans le service de M. HÉRARD, à l'Hôtel-Dieu.

C'est une jeune personne de 22 ans, qui était entrée salle Sainte-Madeleine, le 2 avril 1884. Elle exerçait la profession de charcutière. Le jour de son entrée, on constate une coloration ictérique très intense du tégument, qui est survenue depuis un mois au dire de la malade. D'une santé excellente jusqu'au mois d'août dernier, elle a ressenti à cette époque des douleurs dans la région du foie. Ces douleurs n'avaient rien de fixe dans leur apparition, les repas ne paraissent pas avoir eu d'influence sur le moment de leur apparition. Caractérisées tantôt par des sensations de pesanteur, de plénitude, elles prenaient parfois le caractère de douleurs plus vives avec irradiations dans la région dorsale et dans l'épaule droite. En dehors de quelques troubles fonctionnels du côté des voies digestives, tels que lenteur de la digestion, inappétence, nausées, la malade n'a rien présenté de notable jusqu'au commencement du mois de mars.

A ce moment, les douleurs de la région hépatique sont devenues plus vives, et elle a vu apparaître de l'ictère. L'apparition de ce phénomène a marqué une aggravation dans son état. Les douleurs revenaient plus souvent; l'appétit diminuait; les nausées, les vomissements devenaient plus fréquents.

L'examen de la région du foie fait constater une augmentation de volume de cet organe, dont le bord inférieur dépasse un peu les fausses côtes. Il n'existe pas de voussure, la surface accessible est parfaitement régulière. En présence de ces douleurs, de ces vomissements, de l'ictère, on songe à des accidents de colique hépatique. Le traitement a consisté en purgatifs salins répétés, vésicatoires volants sur la région du foie. Malgré cela, les douleurs ont persisté; en même temps la malade ne pouvait supporter aucun aliment. Lait, bouillon glacé, potion de Rivière.

18 *avril*. La malade, en revenant du bain, a été prise d'un point de côté à droite dans la ligne axillaire, à la base de la poitrine, cette douleur que la malade distingue de celle du foie s'est accompagnée d'une gêne respiratoire assez grande. Deux jours après, comme la malade se plaignait de tousser beaucoup la nuit, on examine le poumon droit et l'on constate de la matité et l'absence du murmure vésiculaire dans le tiers inférieur du poumon droit en arrière. Pas de souffle, pas d'égophonie, la malade rend quelques crachats séreux et aérés. En présence de ces signes, on porte le diagnostic de pleurésie avec épanchement. Après l'application de deux vésicatoires volants en arrière, la toux devient presque nulle, mais les signes locaux ne se modifient pas, l'appétit est à peu près nul; on accorde à la malade d'aller en convalescence au Vésinet (13 mai).

21 *mai*. La malade est rapportée du Vésinet, son état s'est très aggravé, les yeux sont excavés, la figure exprime un état de souffrance qui fait songer à une péritonite. La malade nous raconte avec peine, tant la dyspnée est grande, que deux jours après son arrivée à l'asile, elle a été obligée de prendre le lit, souffrant de son côté droit, et ayant beaucoup de peine à respirer. On lui a administré cinq purgatifs et appliqué un large vésicatoire au-devant de la poitrine. Elle a la diarrhée depuis plusieurs jours et des sueurs la nuit. Dans la journée elle a eu un point de côté violent, accompagné d'un grand frisson.

L'examen du foie nous fait découvrir un abaissement très notable de la glande. Le poumon droit est absolument mat dans le tiers inférieur; le tiers moyen est un peu plus sonore, il existe à ce niveau un souffle tubaire.

En avant, la matité remonte au-dessus du mamelon.

Le soir, je suis appelé vers dix heures auprès de la malade que je trouve dans l'état suivant: la respiration est courte au point que la malade est assise sur son lit, les mains et le nez sont froids. Devant cette menace d'asphyxie, je pratique dans le septième espace intercostal, sur la ligne axillaire, une ponction avec l'appareil Potain. Il s'écoule aussitôt un pus, d'une fétidité qui rappelle celle des abcès avoisinant le tube digestif, l'écoulement s'arrête après que j'en ai eu retiré deux litres, la couleur du pus est verdâtre.

22 *mai*. Léger frisson dans la journée. T. A. 39°,2.

23 *mai*. La malade mange à peine; plusieurs petits frissons suivis de sueurs. T. A., matin, 38°,4; soir, 40°,2.

Le soir on pratique une nouvelle ponction dans le huitième espace.

Il sort à peine quelques cuillerées de pus, et le jet s'arrête.

24 *mai*. T. A., matin, 39°; soir, 40°.

25 *mai*. Empâtement au niveau du point où a été faite la première ponction, douleur vive. T. A., matin, 38°; soir, 39°,4.

26 *mai*. T. A., matin, 39°,2; soir, 39°,6.

27 *mai*. L'état de la malade s'aggrave; elle a des sueurs et des frissons le soir: la diarrhée est abondante; il s'est formé un abcès au niveau de la première ponction. T. A., matin, 38°; soir, 40°,2.

31 *mai*. La malade s'affaiblissant beaucoup, en présence de ces phénomènes de fièvre hectique, on se décide à pratiquer l'empyème.

Incisant du même coup l'abcès et l'espace intercostal, je fais au-devant du bord antérieur du grand dorsal la section de la peau, je traverse la cavité de l'abcès qui contenait du gaz et j'ouvre l'espace avec le bistouri, j'agrandis l'incision avec le bistouri boutonné. Il s'écoule d'abord un pus roussâtre séreux; puis le jet s'interrompt tout à coup, et l'on voit apparaître à la plaie une fausse membrane dont la sortie est suivie de l'expulsion d'un grand nombre de vésicules hydatiques de différentes grosseurs. L'ouverture de la paroi thoracique a donné lieu aussitôt à la formation d'un pneumothorax. En présence de cet événement, il semblait donc légitime d'admettre que la malade avait eu un kyste hydatique suppuré du foie, dont l'ouverture dans la

(1) Communication à la *Société anatomique*, le 13 juin 1884.

plèvre avait donné lieu à une pleurésie purulente. L'opération n'a présenté, comme digne d'être notée, qu'une hémorrhagie assez abondante, dont il nous a été impossible de trouver la source et qui paraissait venir de l'intérieur de la plaie. L'ouverture a été suivie de lavages boriques, introduction de deux tubes en caoutchouc. Pansement de Lister.

1er *juin*. Deuxième lavage, nouvelles poches.

2 *juin*. Deux lavages, odeur très fétide. T. A., 38°. Il s'écoule de la bile.

3 *juin*. Etat général mauvais. Pouls 120. T. A., matin, 38°,4 : soir, 39°,6. Diarrhée. Œdème du tronc et de la main droite. Deux lavages phéniqués et iodés. Il s'écoule de la bile.

4 *juin*. T. A., matin, 40° ; soir. 40°,4 ; un seul lavage.

5 *juin*. Premier lavage à 8 heures, iode et alcool ; deuxième lavage à 3 heures ; troisième lavage à 10 heures, soir. La malade a eu une diarrhée abondante dans la journée. T. A., matin, 39°,2 ; 39°,6 soir.

6 *juin*. La malade se plaint d'une douleur vive derrière le sternum, à la partie moyenne ; elle a la sensation d'un obstacle douloureux lorsqu'elle avale ; le moindre mouvement lui fait pousser des cris. L'examen ne révèle rien.

Il est fait dans la journée deux lavages qui ramènent des débris de membranes teintés de bile.

Samedi 7 juin. La malade a eu de la diarrhée pendant la nuit ; elle se plaint d'une vive douleur au creux de l'estomac; ce qu'elle mange l'étouffe, dit-elle. T. A. 38°,7.

8 *juin*. Un lavage. T. A. 40. Douleur épigastrique vive.

9 *juin*. Diarrhée abondante. T. A. 37°,5 mat., 39°,4 soir. Deux lavages. Le soir, la malade est prise d'une fièvre vive, le visage est très coloré, la langue sèche, le pouls très fréquent. Lavage à 10 heures du soir.

10 *juin*. Après le pansement, la malade a été prise d'une vive douleur de ventre; toute la nuit elle a été tourmentée par des nausées et le hoquet.

Le visage a l'aspect grippé; elle se plaint continuellement d'une douleur de ventre. Le ballonnement est très prononcé, il existe du liquide dans le péritoine; le pouls est serré. Les pièces du pansement et le lit sont souillés par une grande quantité de liquide biliaire. La malade meurt à quatre heures dans le collapsus.

Nous noterons, avant de donner des détails de l'autopsie, que la malade a rendu dans les selles de nombreuses poches hydatiques et du pus.

Autopsie. — En soulevant le plastron sternal, on ouvre une cavité kystique formée du tissu cellulaire du médiastin. Le liquide est clair et coloré en jaune; deux petits pertuis situés au fond de cette cavité conduisent : l'un (le gauche) jusque sous le péricarde, l'autre (le droit) jusque sous la plèvre. Ces deux diverticulums sont fermés. La formation de cet épanchement a peut-être coïncidé avec la douleur rétro-sternale que la malade a accusée.

Le corps ouvert, on remarque la disposition suivante des viscères : Le foie a refoulé le diaphragme et arrive à la cinquième côte: le poumon droit adhère à la face supérieure. Réduit dans toutes ses dimensions, il ne remplit pas en entier la cavité thoracique. Entre la face externe et la paroi costale, il existe un espace dans lequel on peut introduire la main à plat. On arrive ainsi jusqu'à la gouttière costo-vertébrale, là main est arrêtée à ce niveau par l'adhérence des deux feuillets de la séreuse.

Au fond de cette cavité. on aperçoit un peu de pus. Sur la surface pleurale, on remarque quelques flocons membraneux.

D'autre part, l'ouverture de la paroi thoracique correspond au foie. Un stylet introduit par la plaie conduit dans le kyste hépatique. Le foie adhère au diaphagme à ce niveau et le diaphragme à la paroi costale.

La cavité abdominale contient une quantité moyenne de liquide louche. purulent, sans hydatides. Malgré cela, il n'existe pas de rougeur sur les intestins. En soulevant le foie et les intestins. il s'écoule du pus du hile de l'organe; la veine cave inférieure est très dilatée, le lobe carré la presse contre la colonne vertébrale et interrompt le cours du sang.

Les organes extraits du corps, on remarque les dispositions suivantes :

Le foie est considérablement hypertrophié : il adhère par sa face convexe avec le diaphragme. L'incision du lobe droit ouvre une dilatation kystique du volume des deux poings; la cavité est unique. les parois en sont tomenteuses; à la partie inférieure, il reste une membrane hydatique colorée par la bile. A la partie inférieure du kyste, il existe une ouverture de 2 centimètres de diamètre, qui donne accès dans les conduits biliaires au confluent des canaux hépatiques. En prolongeant l'incision, on constate que le canal cholédoque dilaté permet l'introduction de l'index. La vésicule biliaire ne contient pas de bile; les parois sont blanchâtres; son volume est normal. En haut, au-dessus de la plaie de l'empyème, il existe une petite ouverture; un stylet, introduit par cet orifice qui ne mesure que quelques millimètres de diamètre, conduit dans la cavité pleurale, en dehors de la partie occupée par le poumon. Un autre pertuis, situé plus en dedans, conduit dans la cavité thoracique, sous le poumon, qui adhère au diaphragme à ce niveau. Le premier de ces orifices faisait donc communiquer ce qu'il restait de cavité pleurale avec la cavité du kyste.

Sous le foie, correspondant à la partie gauche du hile, au-devant de la colonne vertébrale, il existe une collection de pus épais, qui glisse dans l'abdomen lorsque l'on soulève le foie.

Il est vraisemblable de croire que la péritonite qui a enlevé la malade a été déterminée par cet abcès.

Le foie est graisseux. Rien à noter dans les autres organes.

En résumé, kyste hydatique du lobe droit, ouvert simultanément dans la cavité pleurale et les voies biliaires, ayant amené la formation d'un abcès au niveau du hile, qui a déterminé une péritonite mortelle.

Réflexions. — La relation de ce cas et l'étude des pièces recueillies après la mort contiennent plus d'en enseignement. Au point de vue anatomique, elles démontrent qu'il existe une variété de kyste hydatique du foie, situé dans les parties centrales de la glande, dont l'ouverture tend à se faire dans deux directions opposées, du côté des voies biliaires d'une part, et du côté de la cavité thoracique. Au point de vue clinique, il ressort que ces kystes ont pendant longtemps une évolution silencieuse; que les premières manifestations symptomatiques qui éveillent l'attention du médecin sont dues à la compression des canaux biliaires, qui déterminent un ictère. Que cet ictère est le prélude d'accidents qui ont pour effet d'amener la suppuration du contenu. Dès lors, les phénomènes vont se dérouler avec rapidité, et le kyste va tendre à éliminer son contenu par les voies biliaires et du côté du thorax. C'est à cette double éventualité que le médecin doit parer en intervenant rapidement, par une ouvertume de la poche. En ce qui concerne les lavages, nous pensons qu'il faut être très réservé sur leur emploi. Le reflux du liquide biliaire par la plaie dénote l'ouverture d'un des gros canaux biliaires. Le liquide injecté passe donc directement dans ces conduits et dans l'intestin. De l'angiocholite, des diarrhées profuses comme chez notre malade, seront des accidents à redouter dans ces cas, surtout lorsque l'on emploie des liquides irritants. Peut-être même, dans le cas qui nous occupe, les lavages ne sont-ils pas étrangers à la production de cet abcès du hile qui a entraîné une péritonite mortelle.

Nouveau journal. — Nous recevons le premier numéro des « *Archivos de Medicina y cirugia de los niños* », revue mensuelle paraissant à Madrid sous la direction du Dr Gonzalès Alvarez.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Les localisations broncho-pulmonaires du rhumatisme.

On constate dans les thèses récentes de MM. Schlemmer et Le Breton deux tentatives heureuses en vue d'une classification clinique des affections bronchiques et pulmonaires tributaires de la diathèse rhumatismale. Il s'en faut que le sujet soit neuf. Tous les maîtres de l'école française s'y sont essayé. Malgré beaucoup de talent dépensé en observation sagace, en critique savante, quelquefois même et trop souvent en efforts d'imagination, la question n'est guère plus avancée qu'aux premiers jours. Depuis qu'on parle de métastase, il n'a jamais été douteux pour personne que les rhumatisants fussent sujets à des catarrhes, à des spasmes bronchiques, voire même à des pneumonies. Mais dans chacune de ces manifestations diverses, aucun signe, aucun symptôme n'est spécifique. La plus grande difficulté consiste doncà faire rentrer chaqueespèce dans un genre. Une maladie n'est pas suffisamment désignée quand on a dit pneumonie, bronchite ou catarrhe spasmodique. Ces termes, conformément à la comparaison de M. Hardy, ne sont qu'autant de prénoms; il leur manque un nom patronymique, celui de la diathèse.

On pourra discuter à perte de vue la nature diathésique du rhumatisme aigu. D'abord dépend-il vraiment de l'ancien arthritis, et dans quelles limites? Ou bien n'a-t-il aucun rapport, même éloigné, avec celui-ci? Sommes-nous esclaves d'une pure et simple synonymie? Peu importe à M. Le Breton, puisqu'il étudie successivement, sous le titre de manifestations pulmonaires chez les rhumatisants et les arthritiques, d'une part les bronchites et les pneumonies du rhumatisme articulaire aigu, d'autre part, les catarrhes, fluxions ou spasmes respiratoires de la diathèse rhumatismale.

Il admet en premier lieu qu'il existe, en dehors des complications thoraciques de la fébri-phlegmasie rhumatismale, un véritable rhumatisme pulmonaire aigu, autochtone, indépendant de toute localisation sur les jointures; et il en distingue deux formes. La première, affirmée par Fuller, est une espèce de pneumonie. Le début en est assez brusque, mais il n'a pas la majesté du premier stade de la pneumonie fibrineuse. Les signes stéthoscopiques aussi sont moins tranchés. S'il existe du souffle, c'est tout juste ce qu'il en faut pour soupçonner sinon une hépatisation, du moins une induration inflammatoire du parenchyme pulmonaire. Le pouls n'a pas la fréquence, l'amplitude de la péripneumonie classique. Le visage n'est pas animé, coloré, mais au contraire pâle et ruisselant de sueur.

D'ailleurs cette transpiration profuse, qui peut exister en même temps sur la totalité de la surface cutanée présente, paraît-il, le caractère odorant spécial à la diaphorèse rhumatismale. Une fois la maladie déclarée, il ne faut pas s'attendre à la voir évoluer comme une lésion à siège fixe et à destinée immuable. Du jour au lendemain, les signes vont changer de place, de la base au sommet, d'un poumon à l'autre, et avec la même rapidité et la même facilité qui caractérisent la pneumonie de la polyarthrite rhumatismale aiguë. C'est ce que Lasègue appelait dans ses conférences familières «la pneumonie écureuil.»

La mobilité, la fugacité de ces phlegmasies n'en excluent pas la gravité. La preuve en est que les autopsies, toutes proportions gardées, ne sont pas rares. Elles ont fourni des résultats identiques à ceux qu'avait constatés Bernheim dans le rhumatisme articulaire aigu à complications viscérales. La lésion n'est pas celle de la pneumonie vraie. Dès 1843, Castelnau avait remarqué que les poumons, quoique gorgés de sang, laissent pénétrer l'air; les fragments surnagent, et, des surfaces de section s'écoule une sérosité rougeâtre. Bourdon avait aussi remarqué que la coupe du parenchyme, splénisé plutôt qu'hépatisé, n'était pas granuleuse. Bref, dans le langage anatomique, la maladie mériterait le nom de splénopneumonie. Les cas graves, malgré tout, sont rares; non pas que le traitement agisse efficacement, car la variabilité même de ce genre de fluxion ne lui en laisse pas le temps, mais simplement parce qu'il est dans la nature même de ce rhumatisme pulmonaire de guérir tout seul. Enfin, comme dans le cas d'un rhumatisme articulaire aigu, une première atteinte en présage d'autres à échéance variable. Bon nombre de pneumonies récidivantes, ne seraient autre chose que des rhumatismes pulmonaires aigus.

La seconde forme, caractérisée par un œdème subaigu, aigu ou foudroyant, a été mentionnée par Laënnec, par Bazin, par Monneret, à titre de complication exceptionnelle du rhumatisme articulaire. Mais, celle-là encore, aussi bien que la précédente, est considérée par M. Le Breton comme susceptible de se manifester en dehors de la polyarthrite. C'est toujours une poussée fluxionnaire à début instantané, et qu'une angine intense, identique à celle du rhumatisme franc a pu précéder de plusieurs jours. La respiration s'embarrasse tout à coup; une toux pénible, humide, fréquente, provoque une expectoration abondante de crachats spumeux, aérés, parfois striés de sang. L'auscultation fait entendre de gros râles de bronchite généralisée ou circonscrite. On pourrait croire à une bronchite brightique, si l'on n'avait la certitude que le malade n'est pas albuminurique. Au bout de quelques heures apparaissent des râles plus fins, la dyspnée s'accroît, le visage devient cyanique, et le malade est en passe de succomber. Mais au dire de M. Le Breton, le salicylate de soude, administré à temps, pourrait procurer au patient un soulagement rapide et du même coup fournirait au médecin la notion étiologique du mal. En deux ou trois jours, la guérison confirmerait encore d'une façon plus éclatante le diagnostic; car il ne s'agit pas seulement d'une accalmie produite par un médicament antipyrétique quelconque, mais d'une guérison vraie, radicale, due à l'agent spécifique, en quelque sorte à l'antidote du rhumatisme articulaire aigu. Il est à désirer que de nouveaux faits viennent corroborer l'assertion de l'auteur. Jusqu'à ce jour, en effet, la spécificité du salicylate de soude n'a paru irrécusable que dans les cas d'arthrites. Beaucoup d'auteurs même se refusent à lui reconnaître aucune influence à l'égard des phlegmasies viscérales constituées (Jaccoud). Au reste, il n'est pas toujours besoin d'intervenir énergiquement. L'œdème pulmonaire aigu

rhumatismal peut rétrocéder de lui-même, comme la splénopneumonie.

Le second chapitre à traiter, relatif aux manifestations pulmonaires chez les arthritiques, comporte trois subdivisions principales. Nous allons rappeler les bases de ces subdivisions conformément à MM. Le Breton et Schlemmer.

Il s'agit toujours d'affections à caractères pulmonaires et superficiels. La diathèse arthritique, en matière de pathologie broncho-pulmonaire, mérite plus que jamais la désignation de diathèse congestive que lui a attribuée Cazalis. Or les congestions arthritiques sont toujours actives; ce sont des fluxions, que domine tantôt l'élément nerveux sécrétoire, tantôt l'élément nerveux spasmodique. Cette prédominance de l'un ou de l'autre élément commande déjà deux catégories de faits. Les premiers appartiennent plutôt à la diathèse rhumatismale proprement dite; les seconds à la diathèse herpétique. Quant à la troisième catégorie, elle concerne les cas où la fluxion est tellement violente et rapide qu'il n'en peut résulter qu'une hémorrhagie, dont elle se contente pour ainsi dire, et le processus s'arrête là. Inutile de revenir sur ces hémoptysies arthritiques, si bien étudiées et décrites par M. Huchard au congrès de Rouen en 1883 (1). Voyons seulement les formes cliniques des congestions catarrhales et spasmodiques.

Le type fondamental du rhumatisme pulmonaire chronique consiste dans un catarrhe simple et spontané des muqueuses bronchique, trachéale et laryngée avec exacerbations matinales: c'est la phthisie pituiteuse de Franck; du jour où elle s'est déclarée, elle est un fait acquis, définitif. Selon l'expression populaire, elle ne s'en va qu'avec le reste. L'humidité, le froid l'exaspèrent. La chaleur constante et tempérée l'apaise. Les éruptions cutanées, les énanthèmes lui font diversion, mais la prédisposition locale l'emporte et les accalmies ne sont jamais que temporaires. C'est une infirmité banale à tous égards, aussi bien par ses caractères stéthoscopiques que par sa bénignité.

Quand l'élément spasmodique prend le pas sur l'élément catarrhal, l'affection revêt du même coup un caractère moins vulgaire; le catarrhe s'achemine insensiblement vers l'asthme essentiel. Mais entre celui-ci et celui-là les étapes successives, indéfiniment multipliées, marquent autant de formes que d'individualités. La plus ordinaire qui représentera, si l'on veut, le troisième type d'arthritis pulmonaire et qu'on peut qualifier de catarrho-spasmodique est la forme dite rémittente. Le malade est réveillé la nuit par un chatouillement de la gorge, qui provoque une toux sèche, tenace et particulièrement fatigante; la région rétro-sternale est douloureuse; pendant quelques heures ces phénomènes, survenus sans prodromes, vont s'aggravant. La toux s'accompagne d'une expectoration légèrement sanguinolente. La dyspnée ne fait qu'empirer et cependant les signes stéthoscopiques sont loin de la justifier. Il faut admettre, pour l'expliquer, une contracture des parties musculaires des conduits bronchiques. Enfin, au plus fort de l'accès, le patient est pris de transpiration: c'est la crise. Et, en même temps que la peau se couvre de sueur, une expectoration abondante de sérosité pituiteuse ramène la liberté respiratoire et le malade se rendort épuisé. Le lendemain, dans la journée, tout est oublié, mais la nuit suivante, nouveau paroxysme et ainsi de suite, quelquefois pendant plusieurs semaines. Cette série de paroxysmes et de *paroxysmules*, comme disait Sydenham, est une véritable copie de la goutte, ou de l'asthme, frère jumeau de la goutte. Mais l'asthme diffère par certains traits essentiels du catarrhe spasmodique rémittent. Dans l'asthme, l'expectoration ne survient qu'à la fin de l'accès, les crachats n'ont pas la même fluidité, et, c'est très justement qu'on les a comparés à de petits paquets de vermicelle cuit; en outre l'élément spasmodique y domine de beaucoup l'élément catarrhal; il peut même s'en passer tout à fait. Enfin, l'asthme dit essentiel est une affection passagère, qui peut ne se reproduire qu'à de très longs intervalles.

Quelquefois la forme rémittente de l'arthritis pulmonaire se traduit par des accès du matin, laryngés, pharyngiens, pituitaires, où le catarrhe est toujours le point de départ du spasme respiratoire, c'est-à-dire de la dyspnée réflexe et de la toux. Celle-ci, au dire de M. Lancereaux, serait souvent coqueluchoïde.

On conçoit qu'il est difficile de reléguer dans une catégorie tout à fait distincte, l'asthme proprement dit, celui de Floyer, de van Helmont, de Cullen, qui n'est en somme que l'expression superlative du catarrhe spasmodique rémittent. On en peut dire autant de la rhino-bronchite spasmodique de Guenéau de Mussy. Les aptitudes individuelles, le tempérament nerveux surtout sont les conditions (encore bien obscures, il faut l'avouer) qui suggèrent aux diverses manifestations que nous venons d'énumérer leur caractère prédominant.

En résumé, dans les déterminations pulmonaires arthritiques, l'élément catarrhal de la diathèse rhumatismale proprement dite, opposé à l'élément nerveux de la soi-disant diathèse herpétique, rappellerait assez l'eczéma humide opposé à l'eczéma sec. E. Brissaud.

(1) Voir *Progrès médical*, 1883.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 26 janvier 1885.

M. Gabriel Pouchet continue ses recherches sur la *composition chimique de certaines humeurs, sous l'influence du choléra épidémique*. La bile contient une notable proportion d'albumine et de mucine. Elle donne avec l'acide acétique un précipité formé d'acides cholique et choloïdique, de dyslisine: la présence de ces substances permet d'admettre une décomposition des sels biliaires normaux au sein même de la vésicule. Les déjections alvines renferment une proportion considérable d'urée et surtout de chlorure de sodium. Les vomissements renferment fréquemment les éléments de la bile. La ptomaïne, dont M. Pouchet a parlé dans une précédente communication, forme des sels avec les acides, au même titre que les alcaloïdes ordinaires. En préparant un de ces sels, M. Pouchet a subi un commencement d'intoxication, caractérisée par un frisson, des nausées, des crampes douloureuses, de l'embarras gastrique, de la glycosurie, etc. Le scatol, dont l'absence avait déjà été constatée dans les déjections des typhiques, est également absent dans les déjections cholériques. La bile et les déjections alvines renferment des matières colorantes représentant les produits de réduction des pigments biliaires.

M. Germain Sée présente par l'intermédiaire de M. Vulpian, un travail sur l'*hypertrophie cardiaque résultant de la croissance*.— On constate fréquemment, chez les jeunes gens de 15 à 16 ans, des troubles fonctionnels variés, tels que palpitations violentes, actes d'étouffement intermittents, maux de tête continus, coexistant avec une augmentation de volume du cœur. M. G. Sée relie ces troubles fonctionnels à un développement exagéré du cœur d'une part, et, d'autre part, il rattache ce développement anormal de l'organe principal, à la croissance même du corps. Tantôt la croissance corporelle suit son cours physiologique. mais le muscle cardiaque s'accroît outre mesure d'une manière hâtive; le cœur devance le corps. Tantôt la croissance générale se fait trop rapidement, comme on le voit souvent après une fièvre grave; et le cœur est obligé de suivre, d'après la loi biologique qui proportionne le développement du muscle au travail qu'il doit accomplir et à l'obstacle qu'il doit surmonter. Dans ces deux conditions, il y aura hypertrophie vraie du cœur, c'est-à-dire augmentation de volume et de nombre des fibres musculaires.

M. G. Sée distingue cette hypertrophie de croissance de la dilatation du cœur qui survient chez les enfants soumis à un travail corporel excessif ou à des fatigues intellectuelles. En pareil cas, le cœur ne s'hypertrophie plus; il se dilate: la fibre musculaire mal nourrie s'altère. Il faut aussi distinguer l'hypertrophie vraie du ventricule gauche, de celle du cœur des enfants dont la poitrine est déformée, cette dernière porte sur le ventricule droit. Les signes physiques sont au nombre de trois : l'augmentation de la matité cardiaque dans le sens de la longueur; l'existence d'un souffle systolique ayant son maximum vers la pointe du cœur; enfin, mais plus rarement, des inégalités dans le rythme du cœur et du pouls. Les troubles fonctionnels peuvent être réunis sous trois types principaux : type tachycardiaque, type dyspnéique, type céphalalgique. M. G. Sée ne croit pas qu'on puisse interdire aux jeunes gens atteints d'hypertrophie cardiaque vraie, la vie active du service militaire. Il leur fait suivre un traitement fondé sur l'emploi de la digitale, de la convallarine et de l'iodure de potassium; ce dernier est un des plus puissants agents cardiaques et respiratoires.

M. Larrey, à propos de la communication de M. G. Sée, réfute l'opinion trop confiante d'admettre dans les rangs de l'armée des jeunes gens atteints d'hypertrophie du cœur par croissance. Le régime militaire deviendrait nuisible, sinon fatal.

MM. Nicati et Rietsch étudient les caractères morphologiques différentiels des *colonies jeunes* de *bacilles-virgules* en semis, dans la gélatine nutritive. Ces auteurs ont déjà signalé l'existence d'un faux bacille virgule dans les matières intestinales de l'homme sain.

M. d'Arsonval signale les dangers des *générateurs mécaniques d'électricité*, et il indique le moyen de les éviter.

M. V. Lemoine communique les résultats de ses recherches sur le *développement des œufs du phylloxera*.

Paul Loye.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 7 février 1885. — Présidence de M. P. Bert.

M. Quinquaud s'est demandé si, au moyen de l'acide pyrogallique ingéré par la voie buccale et parvenu dans l'estomac, on pouvait soustraire au sang son oxygène. Cette question avait déjà été étudiée par Cl. Bernard; elle fut reprise en Allemagne; en France, par M. Personne : les conclusions ont toujours été négatives. L'auteur a repris ces expériences et est arrivé à un résultat positif : dans tous les cas, l'oxydation du sang tombe presqu'à zéro par suite de la transformation de l'hémoglobine en méthyhémoglobine.

M. Duclaux fait une communication sur l'action des aliments étudiée sur la cellule elle-même. Il s'est adressé dans la circonstance aux mucédinées et a choisi comme terrain d'expérimentation le liquide de Raulin. Il a ainsi étudié la série des sucres, des amidons et des acides, et a pu déterminer, dans chacune de ces classes, les aliments qui favorisent le plus la fructification de la plante. C'est ainsi qu'il a vu que les acides étaient d'autant plus toxiques qu'ils étaient plus élevés dans la série anatomique.

M. Rabuteau dit que ces faits sont confirmatifs des résultats qu'il a obtenus dans la série des éthers, qui sont également d'autant plus dangereux qu'ils sont de composition plus complexe.

M. Malassez remet, de la part de M. Decagny, une note pour faire suite à ses observations sur la *fécondation des végétaux*.

MM. Loye et Brouardel ont étudié l'*action de l'acide carbonique sur l'hémoglobine*. On sait que les acides ordinaires détruisent la matière colorante du sang, ainsi qu'il est facile de s'en assurer par l'examen spectroscopique. Il était intéressant de rechercher si l'acide carbonique jouit des mêmes propriétés. MM. Brouardel et Loye ont fait passer pendant plusieurs jours dans du sang un courant de gaz carbonique, et ils ont toujours obtenu une diminution de la capacité respiratoire de ce sang, c'est-à-dire une destruction partielle de l'hémoglobine. Toutefois, cette destruction était peu considérable. Ils ont alors pensé qu'en augmentant la puissance acide de l'acide carbonique, ils se trouveraient dans les conditions des acides ordinaires. Ils ont employé l'acide carbonique solide et sous pression, et ont obtenu une diminution de moitié dans la capacité respiratoire du sang mis en expérience, correspondant à une destruction de la moitié de la matière colorante. Pour confirmer ces résultats, ils ont employé la méthode spectroscopique. Un liquide, composé d'eau et de sang en quantité suffisante pour laisser apparaître les deux raies caractéristiques, n'a plus donné aucune raie d'absorption après son contact avec l'acide carbonique solide et sous pression. Il y avait donc destruction complète de l'hémoglobine. La méthode colorimétrique a donné des résultats inverses : au lieu d'indiquer une diminution de moitié, elle annonçait une augmentation du double dans la quantité d'hémoglobine du sang mis en experience. Cette méthode colorimétrique n'est donc pas toujours applicable.

M. Rabuteau, à l'aide de formules chimiques, explique la destruction possible de l'hémoglobine par la formation d'un acide carbonique hypothétique.

MM. Malassez et d'Arsonval disent que cependant la puissance colorante du sang est beaucoup plus comparable à elle-même que ne l'est sa capacité respiratoire.

M. P. Bert ajoute que, sous la pression ordinaire, il est connu depuis longtemps que la saturation du sang par l'acide carbonique ne tue pas l'hémoglobine, car il suffit de battre ce liquide au contact de l'air pour lui voir de suite reconquérir sa capacité respiratoire.

M. Ch. Féré présente le bassin d'une femme à laquelle Amussat pratiqua, il y a soixante ans, à l'âge de six ans, l'amputation de la cuisse gauche. A l'inverse de ce qui se produit généralement à la suite des luxations congénitales, on ne trouve pas ici de rétrécissement oblique ovalaire du bassin. Le détroit supérieur, dans sa partie gauche, est un peu mou, large, parce que l'os des îles de ce côté est beaucoup plus faible, moins épais que celui du côté opposé, qui pèse environ deux fois plus. L'auteur n'a pas également constaté ces atrophies cérébrales correspondant au centre moteur du membre amputé, sur lesquelles les auteurs ont insisté.

M. Galippe a remarqué que la carie des dents était plus fréquente chez la femme que chez l'homme; chez celle-ci, en effet, la densité de ces organes est moindre. Elle diminue encore pendant la grossesse, et la salive, fait qui du reste était connu depuis longtemps, devient acide pendant les périodes menstruelles.

M. Ch. Richet apporte des considérations nouvelles sur la méthode calorimétrique qu'il a employée.

M. P. Bert rappelle que M. Phelippeaux, qui a expérimenté sur des rats, a observé la survie à la suite de la section et de la régénération des deux pneumogastriques; que M. Beaunis, qui a expérimenté sur des cobayes et des lapins, a trouvé que la mort survenait dans tous les cas,

même lorsque la régénération était effectuée. Lui-même, avec beaucoup d'autres physiologistes, a expérimenté sur des chiens, chez lesquels il a pu constater la survie. Il y a évidemment là des contradictions plus apparentes que réelles, et il serait nécessaire qu'on reprît ces expériences collectivement sur des animaux d'espèces différentes.

M. Frank émettra à ce sujet une hypothèse : les contradictions qui semblent exister entre des faits également bien observés ne seraient-elles pas dues à ce que, chez les diverses espèces animales qui ont servi de sujets d'expérience, le trajet et le lieu d'origine des fibres que le pneumogastrique fournit au recurrent seraient différents?

Gilles de la Tourette.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 10 *février* 1885. — Présidence de M. Trélat.

M. Lunier conteste l'exactitude des chiffres donnés dans la précédente séance, par M. Le Fort, relativement à sa communication sur la *dépopulation de la France*. Ces chiffres ne seraient pas conformes à ceux que fournit l'*Annuaire du bureau des longitudes*.

M. Le Fort fait observer que le chiffre qu'il a cité pour 1872 a été recueilli dans le volume de la statistique de la France pour 1872, publié par le ministre de l'agriculture. Il y a donc là un double travail de vérification, qu'il importe d'établir à bref délai.

M. Hardy ne pense pas que la puissance d'un pays décroisse parce que sa population n'augmente que d'une manière peu sensible. Les nations les plus nombreuses ne sont pas toujours les plus puissantes. Le nombre n'est pas tout. La richesse d'un pays n'est pas en raison directe du nombre de ses habitants. M. Hardy se déclare le disciple de Malthus; et, appliquant les principes de ce dernier aux nations, il admet que celles-ci s'appauvrissent dès que le nombre de leurs habitants sera trop considérable pour la quantité de nourriture dont elles disposent. Certaines circonstances naturelles, il est vrai, viennent de temps en temps contre-balancer cet accroissement exagéré de la population. Ces obstacles naturels sont insuffisants : il en faut d'autres, parmi lesquels la fameuse contrainte morale. Cette contrainte morale, d'après Malthus, c'est la suppression de nos passions, c'est la recommandation faite à l'homme sage de ne se marier que le jour où il trouve dans son travail des ressources suffisantes pour élever ses enfants. M. Hardy n'hésite pas à accepter les idées de Malthus, ainsi comprises. Malgré tout, il serait regrettable que notre population diminuât de nombre. A cette occasion, on a invoqué bien des raisons sociales, mais on a trop méconnu ce fait que la race française est moins productive que les races voisines, les races saxonnes et allemandes par exemple. L'infécondité relative est la conséquence de l'état plus avancé de la civilisation. Quoi qu'il en soit, le meilleur moyen de remédier à l'état de la dépopulation française, est de surveiller la première enfance ; en agissant ainsi, en se conformant aux lois les plus strictes d'une hygiène bien entendue, on parviendra à diminuer la mortalité et on arrivera au résultat si recherché.

M. Charpentier lit un *rapport* sur le prix Huguier.

L'Académie se constitue en *comité secret*. A. J.

CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTHALMOLOGIE.

Première séance, — 26 *janvier* 1885.

Présidence de M. Juda (d'Amsterdam).

M. Prouff (de Limoges). lit un travail sur la *sclérotoscopie et de quelques déductions immédiates*. L'inspection méthodique de la sclérotique, en faisant regarder le malade en haut, en bas, en dedans, puis en dehors, doit donner une idée de la forme générale du globe oculaire. S'il y a un aplatissement dans un sens quelconque, on est sûr que la cornée n'est pas régulièrement formée ; il existe un *astigmatisme régulier*. Et puisque les paupières se moulent sur le globe oculaire, la fente palpébrale aura une forme spéciale suivant la direction de l'axe de l'astigmatisme. M. Prouff veut en outre prouver que chez le myope fortement astigmate, la myopie n'est jamais progressive. L'œil myope, déjà trop long, a par ce fait même une tendance à s'allonger davantage ; l'œil fortement astigmate a une tendance à s'aplatir davantage plutôt qu'à s'allonger. Et de fait, les yeux fortement aplatis ne présentent jamais de staphilome postérieur.

La partie la plus renflée de la sclérotique de l'œil astigmate a une teinte bleuâtre qui dénote un amincissement du tissu sclérotical. La cause de l'astigmatisme pourrait donc bien tenir à une répartition inégale de l'étoffe scléroticale chez le fœtus, en deux points diamétralement opposés.

M. Chibret fait observer que chez l'astigmate, la pression intra-oculaire agissant plus fortement sur les parties où l'étoffe scléroticale est amincie, devrait amener une progression de l'astigmatisme, ce qui est contraire à la règle.

M. G. Martin a vu souvent, mais pas toujours, l'astigmatisme congénital s'accompagner d'aplatissement de l'œil. Et justement, de ce que dans certaines kératites il a constaté cet aplatissement, il conclut que l'astigmatisme était antérieur à la kératite et en était par conséquent la cause.

M. Javal a constaté depuis 20 ans, que souvent l'astigmatisme est en rapport avec une déformation du crâne. Il confirme les observations de M. Prouff, mais la seule chose importante est la recherche exacte de l'astigmatisme par l'ophthalmomètre.

M. Motais fait part de ses recherches anatomiques *sur la capsule de Tenon chez l'homme*. Ce travail est trop important pour être résumé, il doit être lu en entier et avec soin. De nombreuses préparations anatomiques, tant de l'œil humain que de celui de divers animaux ont été présentées, ainsi que des dessins très utiles à consulter.

M. Poncet craint que beaucoup de ces préparations ne soient un peu l'œuvre du bistouri plus que de la nature.

M. Fontan demande à M. Motais s'il a vérifié, par les procédés ordinaires d'imprégnation la constitution d'un endothélium continu avec membrane basale dans la capsule interne, pour prouver qu'on a bien affaire à une vraie bourse séreuse.

Après avoir dit quelques mots d'une *nouvelle suture* à double point, *pour l'ectropion sénile*, qui aurait l'avantage de faire rentrer le bourrelet conjonctival sans attirer les cils en dedans. M. de Wecker fait une communication sur la *combinaison de la ténotomie avec l'avancement capsulaire* pour la correction du strabisme dépassant 20°.

Ce procédé permettrait de mesurer plus exactement qu'on ne peut le faire par l'avancement musculaire, la correction que l'on se propose d'obtenir, en ne faisant porter la correction que sur l'œil dévié et amblyope, et en ne touchant qu'à un seul muscle, ce qui diminuerait les chances d'avoir à la suite de l'opération des insuffisances musculaires. Chez les malades opérés ainsi on ne voit plus ni protusion du globe oculaire, ni enfoncement de la caroncule. Voici comment se pratique l'avancement capsulaire ; on fait une incision semi-lunaire de 3 à 4 mm. dans la conjonctive bulbaire, au-devant du muscle affaibli, on pratique une boutonnière dans la capsule s'étendant aux deux extrémités du tendon : deux fils placés l'un audessus, l'autre au-dessous du diamètre horizontal de la cornée traversent le lambeau externe de la conjonctive, la capsule, le tendon du muscle, puis encore la conjonctive au bord de la cornée, attirent, quand on les lie, la capsule du tendon, le muscle et la conjonctive.

Les fils peuvent rester en place de 2 à 6 jours. Depuis que M. de Wecker pratique cette opération, il n'a plus recours à l'avancement musculaire que dans les cas de strabisme secondaire excessif. Un tableau donnant la statistique de 140 avancements capsulaires montre les résultats obtenus.

M. Abadie vient défendre *l'avancement musculaire* qui, par les perfectionnements qu'il y a apportés (1), donne des résultats qui n'ont rien à envier à l'*avancement capsulaire*. Il insiste sur l'importance qu'il y a d'obtenir dès l'abord une *hypercorrection* qui a toujours tendance à se perdre spontanément ; et au cas où cela n'arrive pas, dès le deuxième jour on coupe les fils qui retiennent le muscle, et de suite le muscle se

(1). *Archives d'ophtalmologie*. 1883, p. 215.

rétracte et la correction est parfaite. Même si les adhérences du muscle étaient déjà trop fortes pour se rompre spontanément il serait facile de les relâcher en passant par-dessous un crochet mousse jusqu'à ce que l'on ait ramené l'œil au milieu de la fente palpébrale. On peut donc par ce moyen obtenir une correction aussi parfaite qu'on peut le désirer.

M. MARTIN reproche à l'avancement capsulaire d'avoir une surface de greffe trop restreinte, la correction qu'on a cru parfaite peut céder vers le quinzième ou le vingtième jour.

M. MEYER met en pratique, dans les forts strabismes un procédé qu'il a vu employer par de Graefe et qui consiste en un seul point de suture, embrassant un pli plus ou moins considérable de la conjonctive, au-devant du muscle affaibli; n'est-ce pas là, du reste, aussi un avancement capsulaire? car il intéresse certainement la capsule de Tenon. En tout cas, les résultats qu'il obtient par ce procédé seraient, selon lui, supérieurs à ceux obtenus par l'avancement capsulaire.

M. VACHER, dans sa communication sur l'*astigmatisme* et la *cataracte* conclut que l'astigmatisme est très fréquent chez les cataractés et que, si les deux yeux sont pris, l'œil le premier affecté est plus astigmate que l'autre. Il croit que l'hérédité, dans la cataracte est liée à la préexistence d'un astigmatisme héréditaire. L'astigmatisme statique du cristallin existant seul doit donner lieu à des contractions partielles du muscle ciliaire, afin de diminuer les cercles de diffusion; contractions d'autant plus fortes et plus prolongées que l'astigmatisme est plus fort. Il en résulterait des tractions, des pressions sur les couches du cristallin qui pourraient bien amener des changements molléculaires et l'opacification du cristallin.

M. G. MARTIN, qui a fait des recherches dans le même sens que M. Vacher, arrive à des résultats tout différents. Il objecte d'abord qu'il est presque impossible de déterminer exactement l'astigmatisme d'un œil aveugle qui ne peut fixer. Sur 150 yeux cataractés, M. Martin a trouvé moins d'astigmates que Nordenson n'en a trouvé dans les écoles, il ne peut donc pas considérer l'astigmatisme comme cause de la cataracte. En revanche l'axe de l'astigmatisme pourrait avoir une certaine importance pour le lieu d'élection et la section cornéenne, de façon à faire annuler l'astigmatisme préexistant par l'astigmatisme post-opératoire.

M. CHIBRET dit qu'avant de conclure, on doit avoir un nombre plus considérable d'observations sérieusement prises.

Quant à l'astigmatisme opératoire il n'est pas toujours corrigeable par les verres correspondant à l'astigmatisme trouvé à l'ophtalmomètre, l'expérience doit donc surtout guider dans le choix des verres.

M. GAYET a observé que la cataracte est plus fréquente dans les campagnes qu'à la ville, ce qui cadrerait peu avec l'idée que l'accommodation qu'exige l'astigmatisme soit une cause d'altération du cristallin.

M. JAVAL, sans vouloir aller aussi loin que M. Vacher, tient à constater que souvent il a observé un astigmatisme plus fort chez celui des deux yeux cataractés qui est le plus avancé. Les observations négatives de M. Martin ne sauraient affirmer les faits positifs relevés par M. Vacher.

M. TERSON. *De la scléro-iridectomie dans le glaucôme.* Cette nouvelle opération, combinaison de la sclérotomie et de l'iridectomie faites simultanément, aurait tous les avantages, grâce à la conservation d'un pont cornéen, d'une large incision sans en avoir les inconvénients; elle épargnerait au malade les ennuis de deux opérations successives, pratique vantée par les meilleurs praticiens. M. Terson fait son incision comme pour la sclérotomie, en faisant l'incision d'entrée assez large pour que l'on puisse attirer l'iris en dehors et le sectionner. Il n'a eu qu'à se louer des résultats ainsi obtenus.

A. DARIER.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 11 février 1885. — PRÉSIDENCE DE M. DUPLAY.

M. RICHELOT fait un rapport sur deux observations de M. Bertin (de Gray). Il s'agissait dans un cas d'une ostéomyélite du tibia chez un jeune homme de 14 ans, ostéomyélite dont la marche fut entravée par l'apparition successive d'abcès au niveau du deltoïde du grand trochanter et qui, néanmoins, aboutit à une guérison complète après une durée de plus d'une année. La seconde observation a trait à une luxation intra-coracoïdienne avec fracture du col anatomique chez un enfant de huit ans. La réduction de la tête humérale fut faite et l'enfant guérit au bout de 6 semaines.

M. M. SÉE fait observer que la luxation est une chose tellement rare chez les enfants, qu'il faudrait peut-être faire quelques réserves sur le diagnostic de luxation. N'aurait-on pas pris pour la tête humérale, l'extrémité supérieure du fragment inférieur de l'humérus?

M. RICHELOT fait observer que la précision des signes cliniques fournis par l'auteur de l'observation, ne permet pas de croire à une erreur diagnostique. Il pense qu'il s'agissait bien dans ce cas d'une luxation avec fracture, mais n'ayant point vu le malade, il ne peut être affirmatif.

M. CHAUVEL donne lecture d'un rapport sur un travail de M. le Dr Barenon, médecin-major, travail ayant pour titre : *Contribution à l'étude des luxations des métacarpiens.*

M. DESPRÉS communique une observation d'anus contre nature avec traitement et guérison. Il y a trois mois entrait à la Charité un homme atteint de hernie étranglée congénitale du côté droit. M. Schwartz opérait le malade et trouvait l'anse intestinale gangrenée. Un point de suture était placé sur l'orifice inguinal et maintenait l'anse. Le lendemain, péritonite généralisée qui cède au bout de trois jours à l'application d'un très large vésicatoire que faisait appliquer M. Després. Emission de gaz par l'orifice et le mieux s'accentue; mais l'escharre, qui n'occupait que la partie convexe de l'anse intestinale, laisse alors un anus avec un éperon considérable. Quatre mois après le début des accidents, M. Després entreprit la cure de cet anus, il chercha d'abord à détruire l'éperon et en sectionna une partie avec la pince à forcipressure laissée en place; puis il eut recours à la pince à phimosis de Ricord et au bout de 5 jours l'éperon était détruit. Après destruction de l'éperon et de l'intestin resté au dehors au moyen de la compression et de la cautérisation, il ne restait plus au neuvième mois qu'une fistule stercorale qui avait une certaine tendance à s'oblitérer naturellement. Néanmoins, pour avancer la guérison, M. Després fit la suture des bords de l'orifice sans toucher à l'intestin. Il aviva la paroi cutanée à environ 1 centim. autour de l'orifice de la fistule, plaça d'abord trois points de suture, en replaça trois autres quelques jours après et, malgré une légère ouverture de la plaie, obtint néanmoins la guérison définitive. Cette observation, ajoute l'auteur en terminant, montre que la suture des téguments, sans oblitération de la plaie intestinale, jugée mauvaise par la plupart des chirurgiens, peut néanmoins donner de bons résultats et amener la guérison des fistules stercorales.

M. KIRMISSON lit deux observations de *périnéorraphie* dans lesquelles il a mis en usage le procédé d'Emmet et qui lui ont donné deux succès durables.

M. HENRIET donne lecture d'un travail intitulé : *Etude expérimentale sur la position des corps étrangers dans la vessie.*

M. DELORME lit un travail sur le *traitement de l'hydarthrose par la compression localisée et forcée à l'aide de la ouate.*

M. POULET présente une pièce de *luxation ovalaire non réduite sans ankylose complète.* —La tête était entourée d'une nouvelle couche osseuse et était séparée de cette coque osseuse par un intervalle de 1 millimètre. Le fait d'Astley Cooper et celui de M. Poulet, seraient les seules observations connues sur ce point.

A. DAMALIX.

ACADÉMIE DES SCIENCES. — L'Académie des sciences tiendra sa séance générale annuelle le lundi 23 février 1885. Dans cette séance, présidée par M. Rolland, aura lieu la proclamation des lauréats pour les concours de 1884, et la désignation des prix à décerner en 1886 pour l'année 1885.

CORRESPONDANCE

Le rapport de la commission du Gouvernement britannique sur le choléra aux Indes.

Bombay, 12 décembre 1884.

Monsieur le Rédacteur,

La commission du gouvernement britannique a publié le 6 décembre dernier, dans le *Journal officiel* de Calcutta, un court rapport préliminaire.

Simple praticien militaire, je dois déclarer d'abord que je n'ai nulle prétention de décider entre la commission et l'habile et courageux professeur Koch, les professeurs Nicati et Rietsch, etc., sur le rôle du *bacille en virgule* dans la *genèse* du choléra. (Faisons remarquer en passant que ce bacille avait déjà été décrit par Pacini et par bien d'autres auteurs : italiens, allemands, français et anglais.)

Me trouvant en Europe pendant l'épidémie de Toulon et de Marseille, j'ai visité ces villes dans le but de préconiser le traitement par les *injections intra-péritonéales et hypodermiques*, dont je me croyais, à tort, l'inventeur. De mes observations pendant ce séjour, je n'ai pu tirer aucune conclusion décisive pour ou contre le bacille, ni pour ni contre la contagion. Le chauvinisme est aussi dangereux en science qu'en patriotisme; il est très possible que les anti-contagionnistes, aux Indes et en Angleterre, soient tous dans l'erreur; mais je crois qu'ils forment la majorité.

La commission se compose : 1° du commissaire de santé, le chirurgien général Cumminghan; 2° du Dr H. Gibbes, professeur à Londres, qu'on croit l'auteur de plusieurs procédés pour teindre les microbes; 3° du professeur allemand (?) Klein; 4° du Dr Lingard. Voici les conclusions de leur rapport, en date du 27 novembre, conclusions basées sur les recherches qu'ils ont faites à Calcutta et à Bombay :

1° L'assertion du Dr Koch, à savoir que le bacille-virgule ne se trouve que dans les intestins des personnes atteintes ou mortes du choléra, n'est pas d'accord avec les faits, puisque ce bacille se montre dans d'autres maladies de l'intestin : diarrhée épidémique, dysentérie, catarrhe de l'intestin lié à la phtisie; — 2° Les bacilles-virgules, dans les cas aigus et typiques du choléra, ne sont pas en telle quantité qu'ils puissent autoriser le Dr Koch à déclarer que l'iléon contient presque une *pure culture* de ces microbes; — 3° Les bacilles-virgules ne se trouvent pas dans le tissu de l'intestin, ni dans les autres tissus du corps: — 4° Les bacilles-virgules, dans les cultures artificielles faites par le Dr Klein, ne diffèrent nullement des autres micro-organismes de la putréfaction; — 5° Des mucosités retirées de l'iléon aussitôt après la mort, dans des cas typiques de choléra, contiennent de nombreux corpuscules muqueux, dont une certaine quantité est remplie de *bacilles droits et particuliers*: ces derniers microbes se voient aussi hors des corpuscules et ne font jamais défaut, même quand les virgules ne se trouvent pas; — 6° Ces bacilles ont été cultivés par le Dr Klein et ne se comportent pas autrement que les autres microbes de la putréfaction; ils ne se trouvent pas dans les tissus de l'intestin ni dans les autres tissus; — 7° Nulle bactérie d'aucune espèce, nul organisme de formes ou de caractères connus ne se trouvent dans le sang ni dans les tissus: — 8° Des recherches expérimentales ont donné les résultats suivants : des souris, des rats, des chats, des singes, ayant été nourris de déjections cholériques (fraîches ou conservées 24 à 48 heures) sont restés en parfaite santé; des inoculations avec des cultures récentes ou anciennes de microbes-virgules et de petits bacilles droits, ainsi qu'avec des mucosités, ont été pratiquées dans le tissu sous-cutané, dans le péritoine, dans la veine jugulaire, ainsi que dans la cavité du petit et du gros intestin de lapins, de chats et de singes, et n'ont donné que des résultats négatifs.

Tel est le premier rapport fait par la commission officielle. Il constitue, comme on dit en Ecosse, une *noisette à broyer* pour messieurs les philo-bacilles. Pour moi, j'aimerais mieux que le microbe-virgule fût la cause du choléra qu'aucune influence atmosphérique, tellurique, etc. L'immense majorité des hommes lui est réfractaire; il est très difficile à inoculer; l'eau pure, le dessèchement, le suc gastrique, la bile, le font périr, selon les paroles rassurantes de M. le professeur Koch lui-même, et il faut espérer que M. Pasteur nous enseignera la manière de l'atténuer, s'il est prouvé qu'il soit pour quelque chose dans l'étiologie du choléra. CAMERON MAC DOWALL,

Chirurgien de brigade à l'armée des Indes.

Bombay, 28 décembre 1884.

Le *Journal officiel* du gouvernement des Indes anglaises contient une lettre du Dr Klein. Ce membre de la Commission a trouvé d'incontestables spécimens des bacilles dits cholériques dans trois étangs, dont l'eau fournit aux usages journaliers de plusieurs centaines de familles, et notamment *à leur boisson*, pendant des mois entiers, *sans qu'on vît éclater un seul cas de choléra*. Le choléra s'est pourtant montré près d'un étang, dans trois maisons habitées par des personnes aisées, qui avaient accès à une eau pure et *qui ne touchaient jamais à celle de l'étang* : dans le reste du village, qui usait *journellement* de cette dernière, le choléra ne s'est pas montré. Le Dr Klein déclare que l'assertion de M. Koch, à savoir que son bacille-virgule a causé l'irruption du choléra, est entièrement arbitraire.

Croyez-vous que je me sois fait une opinion sur tout cela ? Pas le moins du monde. Il faudra étudier toute l'histoire naturelle du microbe Klein comme on a étudié, par exemple, le microbe de la salive du Dr Treille, en Cochinchine, comparer rigoureusement la manière dont se comportent ces divers microbes dans la gélatine et les divers réactifs, avant de se décider, et encore (1) !

CAMERON MAC DOWAL.

BIBLIOGRAPHIE

Manuel pratique de médecine mentale; par E. RÉGIS. — Paris, 1885. — Octave Doin, éditeur.

Nous avions, sous le titre de *Manuel des maladies mentales*, la rédaction des notes de M. Bra pendant son internat. Le manuel de M. Régis pourrait être intitulé : *Impressions du clinicat*. Rien, en effet, n'indique que M. Régis ait procédé aux recherches qui nous paraissent indispensables pour la confection d'un livre, si petit fût-il; rien n'indique qu'il ait soumis à l'étamine de la critique, au contrôle de la clinique les nombreux documents contenus dans la bibliographie française et étrangère. Tandis que des hommes comme MM. Terrier se plient aux exigences pénibles que demandent l'assimilation des travaux anciens et contemporains de tous pays, et la confrontation de ces matériaux avec le produit de leur pratique personnelle (*Manuel de Jamain*), M. Régis néglige une semblable besogne. Il saute même à pieds joints par-dessus des mémoires remarquables, tels que ceux de MM. Charcot, Magnan, Bourneville, Ritti, pour ne voir qu'à la lumière des œuvres d'une dizaine d'aliénistes. Sans doute les aliénistes qu'il cite ont de la valeur; est-ce à dire, cependant, qu'on doive systématiquement écarter une personnalité quelconque et en particulier de pareilles autorités? Mais ouvrons son volume.

I. *Pathologie mentale.* — Après l'historique, M. Régis consacre 85 pages à la pathologie générale. Il contemple

(1) La question de l'étiologie parasitaire du choléra indien est généralement admise, mais on discute encore sur le parasite cause de l'infection. En ce qui concerne le Bacille-Virgule, actuellement à l'étude, il ne suffit pas pour nier son action de s'appuyer sur l'existence de nombreux bacilles de même forme, ou de forme rapprochée, mais encore est-il nécessaire de voir, ainsi que le dit notre correspondant, comment il se comporte à l'état de culture, etc. Or, l'on sait que le bacille décrit par Koch présente à l'état de culture une forme jusqu'à présent spécifique, et sans préjuger du résultat que nous fourniront des recherches ultérieures, il est permis de dire que le rapport de la Commission britannique ne satisfait pas aux conditions actuelles d'expérimentation. (*Note de la Rédaction.*)

avec une certaine complaisance, sa classification propre : « Il nous semble difficile, dit-il page 109, de simplifier davantage la compréhension générale de la folie, et d'une façon qui réponde plus exactement aux faits cliniques. » Nous croyons, nous, qu'un chercheur aussi bien doué eût fait œuvre parfaite en résumant préalablement, avec ou sans appréciations, les récentes recherches de psychologie anatomique et physiologique de Meynert, Wundt et autres. La clinique pure n'exclut pas les connaissances précises des sciences connexes. M. Régis avait là une excellente occasion de montrer qu'avant peu la psychiatrie atteindra le niveau de la pathologie interne. Il aurait pu simultanément dire comment la théorie des localisations, par les travaux de MM. Charcot, Kussmaul, Wernicke, Broadbent, etc., allait bientôt fournir un appoint analytique considérable à l'étude des processus psychologiques.

Passons à la pathologie spéciale. Le livre premier s'occupe des états primitifs d'aliénation mentale, dont la première classe comprend les infirmités cérébrales congénitales ou acquises (idiotie, imbécillité, faiblesse mentale, crétinisme, démence). M. Régis oublie que ce domaine n'est plus aujourd'hui uniquement représenté par Morel, Marcé, Luys, F. Voisin, Séguin, Delasiauve. L'anatomie pathologique, éclairée par la clinique, et *vice versâ*, a commencé à déblayer le terrain, à montrer, par exemple, que l'idiotie est un syndrome variable, en rapport avec des types anatomiques également divers, Rayer, MM. Bourneville, Kundrat, etc. Ne pas condenser les résultats de bien des observations pleines d'intérêt, c'est se garder de faire un groupement de faits illustrant le présent état de la question. Mêmes réflexions en ce qui concerne les démences; mille tentatives récentes ont été effectuées pour remanier ce thème.

Sous la rubrique de : Deuxième classe, sont rangées les aliénations fonctionnelles, ou folies proprement dites. Telles, en premier lieu, les folies générales ou symptomatiques, c'est-à-dire à réaction générale morbide. Exemples : la manie et la mélancolie. Un mot d'appréciation. Puisque la classification repose, dans l'espèce, sur l'habitus épisodique fondamental, pourquoi laisser dans cette case la manie et la mélancolie raisonnantes, dont le noyau pathologique est constitué par la variété de lacune psychique, cause des actes des patients. Pourquoi, en outre, passer sous silence l'inversion du sens génital de MM. Charcot, Magnan, de Krafft-Ebing, qui forme une perturbation indépendante des impulsions sexuelles perverses? Pourquoi, dans le ch. VI, attribuer à M. Ball la paternité de la pathogénie de la stupeur par phénomène d'arrêt (1) ? Quant à la lypémanie délirante, je l'eusse mieux aimée décrite dans les formes frustes de la folie systématique? Au ch. VII (folie à double forme), nous avons regretté l'absence de mention du travail de M. Ritti; il ne compte donc pas ? Les folies partielles ou essentielles de M. Régis, folies sans réaction générale morbide, ont pour synonymes : folie systématique vraie, qu'il faut bien distinguer, dit l'auteur, des aliénations générales avec idées de persécution, hallucinations, etc. Mais pourquoi donc M. Régis ajoute-t-il: « Quelques auteurs les désignent sous le nom de délire chronique »; ignore-t-il que M. Magnan est l'auteur de cette proposition (v. Thèse de Gérente)?

Le second livre de la pathologie spéciale traite de l'association de la folie simple avec les divers états physiologiques ou pathologiques (folies associées). A propos de l'hébéphrénie, nous conseillerons à M. Régis de lire les études de Kahlbaum, il pourra en tirer un excellent parti, s'il veut tracer le tableau de nos connaissances sur le sujet. De même, les folies associées aux maladies générales (ch. X) gagneraient à être retouchées après lecture du mémoire de M. Kœpelin. Il y aurait également lieu de méditer davantage sur la folie de la goutte, de la phtisie, du cancer : rien n'est moins prouvé que l'existence de ces entités. La folie alcoolique est décrite sans que les noms de Magnan, Lancereaux, Beaumetz y figurent. Les folie épileptique, hystérique, choréique, celle de la maladie de Parkinson (ch. XI) prennent place sans qu'on mette en relief les Charcot, Richer, Bourneville, Régnard, Magnan, Boucher, Respaut. Finalement, les folies sympathiques (ch. XII) s'étalent majestueusement; à une époque où l'on attache une si grande importance à la chimie médicale, M. Régis admet le genre de folie réflexe due aux affections rénales, digestives, cardiaques, hépatiques, sans insister suffisamment sur l'auto-intoxication.

De la deuxième partie, nous n'avons rien à dire. Elle résume selon nous, d'une façon satisfaisante, les points de pratique médicale et médico-légale relatifs aux aliénés.

Conclurons-nous? La chose nous paraît inutile, après avoir proposé comme modèle aux auteurs qui veulent dire beaucoup de choses en peu de mots le *Manuel* de M. Terrier.

P. Keraval.

(1) Qu'est-ce qu'un phénomène d'arrêt? Il aurait fallu l'expliquer auparavant dans une section de physiologie générale. Sinon les profanes ne sauraient le deviner. P. K.

VARIA

Appréciation du *New York Medical Record* sur l'enseignement de M. Charcot à la Salpêtrière.

The New York Medical Record, dans son N° des Étudiants, dont nous avons déjà reproduit un passage la semaine dernière, apprécie ainsi qu'il suit l'organisation scientifique du service de M. Charcot à la Salpêtrière.

« Le nom le plus souvent entendu à Paris, dit-il, est celui de Charcot, et nulle description de l'instruction médicale de cette ville ne serait complète, si elle ne comprenait celle de son cours. Sa clinique et ses leçons se font à l'hospice de la Salpêtrière, près du Jardin des Plantes. C'est un énorme hospice de femmes comprenant une division affectée aux maladies du système nerveux. Il comprend en tout plus de 4,000 habitants dont au moins 600 sont malades. Un département extérieur destiné au traitement des maladies nerveuses, attribué à Charcot, Luys, Legrand du Saulle, etc., etc., attire un grand nombre de malades, qui viennent peupler les salles. Chaque médecin reçoit dans le département extérieur (consultation externe) une fois par semaine le matin afin d'examiner les cas qui sont choisis par les internes et chefs de clinique comme offrant un intérêt spécial. Ces consultations sont ouvertes aux praticiens, et sont dignes d'être suivies. Le malade est amené dans le cabinet puis examiné dans une espèce de conversation entre le maître et les élèves, ensuite le diagnostic et la thérapeutique sont discutés. Charcot reçoit le mardi, il voit à peu près huit ou dix cas qu'il examine avec grand soin. Ses consultations sont plus sans façon que ses cliniques et ont plus de valeur auprès des praticiens car ils ont là une occasion de voir la méthode d'examen, le soin dans le choix des cas et la remarquable finesse de diagnostic qui ont rendu Charcot fameux. Des malades viennent non seulement de Paris, mais de villes éloignées à ces consultations, de sorte qu'elles ne chôment pas de cas remarquables. Le mercredi, Charcot fait son service publiquement et montre aux élèves les cas intéressants de ses salles. Le vendredi à 9 heures du matin il fait son cours hebdomadaire dans le célèbre amphithéâtre de la Salpêtrière. Cette salle peut être rendue obscure pendant le cours, de sorte qu'à l'aide d'une brillante lumière électrique, des projections de photographies et de diagrammes sont projetées sur un grand écran. C'est dans ce vaste matériel que puise Charcot pour illustrer par des cas chaque forme de maladie nerveuse, et quand il est nécessaire de démontrer la différence entre des cas apparemment semblables, les malades peuvent être comparés et contrastés.

« Divers stages de la même maladie sont montrés sur différents malades, avec une clarté, une précision frappante et une minutie dans les détails qui sont caractéristiques, le cours de la maladie est démontré depuis son commencement jusqu'à sa fin. Puis, à l'aide de la lumière électrique, des coupes microscopiques sont grandies et projetées sur un écran, et la lésion du cerveau ou de la moelle est démontrée, mettant ainsi en présence les symptômes et les lésions d'une façon qui n'est pas facilement oubliée. Lorsqu'on écoute l'éloquent orateur et que l'on note comment chaque partie du sujet est traitée selon son importance, comment les grands points du diagnostic sont mis en relief sans préjudice du détail et comment le sujet est résumé dans quelques phrases précises à la fin, l'on ne peut alors s'étonner que des centaines d'auditeurs viennent de tous les pays profiter de son enseignement, et qu'ils s'en aillent convaincus que son éclat est unique. Conjointement avec sa division de l'hôpital, Charcot possède plusieurs laboratoires de travaux physiologiques et pathologiques, où de nombreux et enthousiastes jeunes gens travaillent sous sa direction. Ici l'on peut voir tous les moyens modernes pour l'examen des malades, ou pour les

recherches sur le cadavre journellement en usage. Dans le département photographique on prenait des séries de photographies instantanées de malades en attaques hystériques ou épileptiques. Dans le département du moulage, on moulait des membres dans les diverses formes de contracture produites par diverses causes. Dans une chambre obscure, on fait l'examen ophthalmoscopique et fonctionnel de l'œil. Dans une autre encore tous les appareils électriques sont réunis et les malades sont traités, soit par l'électricité statique produite par une énorme machine de Holtz mise en mouvement par la vapeur, soit par le galvanisme, soit par le courant d'induction. L'établissement hydrothérapique est le plus complet de Paris. Un grand musée est attribué à une des plus intéressantes collections de spécimens pathologiques de l'Europe et sur les murs sont pendus les photographies des malades d'où sont tirés les spécimens. Une des choses non moins intéressantes est une série de gravures d'après des tableaux célèbres des différentes galeries de l'Europe; toutes représentent la guérison miraculeuse de démoniaques et démontrent parfaitement le fait que les attaques d'hystérie et d'épilepsie ont été fort bien étudiées par des artistes dans les siècles passés, et ont été fidèlement reproduites sur la toile. Pour l'ensemble de l'organisation et pour les facilités d'étude de la pathologie des maladies du système nerveux, aucun laboratoire d'Europe ne peut être comparé à celui de Charcot et si l'on désire poursuivre cette spécialité on ne devra pas manquer de passer une partie de son temps sous l'inspiration du grand français. »

Autopsie proprement dite (1).

XIV. Examen du mésentère, des colons, du cœcum, de l'appendice vermiforme et de l'intestin grêle.

Examen du mésentère. — Déjà examiné lors de l'inspection de la cavité abdominale, le mésentère doit l'être de nouveau à ce moment, s'il y a lieu. On étudie avec plus de soin les hernies qui ont pu se produire dans ses diverticules ou au niveau des orifices, les tumeurs diverses (carcinomes, fibromes, kystes dermoïdes, kystes divers, etc.); mais c'est surtout l'état des ganglions (tuméfaction, hypertrophie, hyperémie, caséification, coloration, etc.), qui devra attirer le plus l'attention. On notera exactement le siège des ganglions atteints, à quel département de l'intestin ils correspondent, car les lésions de celui-ci retentissent toujours plus ou moins sur les ganglions du voisinage. Les glandes mésentériques sont aussi altérées dans d'autres affections que celles de l'intestin. Mais alors les lésions, au lieu d'être d'autant plus prononcées qu'elles se rapprochent plus de l'intestin, sont au contraire plus accentuées vers la racine (bord postérieur) du mésentère. Dans la tuberculose intestinale et dans la fièvre typhoïde, les ganglions situés vers l'angle formé par la terminaison de l'iléon et le côlon ascendant sont principalement lésés (extrémité inférieure). — On pratique les coupes que l'on croit nécessaires pour l'examen complet des diverses altérations et l'on procède en cas de besoin à l'ouverture des vaisseaux.

Les *mésocôlons* divers ont nécessairement dû être examinés dès l'inspection de la cavité abdominale ou avant l'enlèvement des reins. Nous faisons exception pour le mésocôlon iliaque qui peut être étudié à ce moment ou même plus tard, lors de l'examen des organes du bassin. Toutefois, sa longueur et sa largeur, souvent anormales, peuvent être cause de lésions qui ont parfois nécessité un examen antérieur, par exemple lorsqu'on a examiné le mésentère.

Avant d'enlever les intestins, il est utile de contrôler attentivement les lésions déjà notées, surtout en ce qui concerne la séreuse ; il ne faut pas oublier que les recherches antérieures ont produit des changements inévitables (volume, coloration). On mentionnera l'existence du diverticule de Meckel (ordinairement à quelques centimètres au-dessus de la valvule iléo-cœcale) simple ou bifurqué, celle d'autres diverticules (faux) siégeant alors au niveau de l'insertion mésentérique ou sur la paroi postérieure des côlons.

Enlèvement des intestins. — Saisissant de la main gauche l'intestin à la hauteur du cœcum, on pratique par transfixion, avec le couteau, une ouverture sur le mésentère, à l'extrémité cœcale de l'Iléon; on donne à cette ouverture une étendue de quelques centimètres, de façon à permettre l'introduction des doigts. Avec la main gauche on attire l'intestin en haut et en même temps, au fur et à mesure que celui-ci s'élève il est détaché de son mésentère, au moyen du couteau tenu horizontalement à la manière d'un archet. Il est important dans cette opération d'avoir un couteau à fil bien tranchant qui doit couper en suivant bien exactement les mouvements d'élévation imprimés à l'intestin par la main gauche, et de ne laisser aucune portion du mésentère adhérente aux anses intestinales, car ces débris pourraient mettre un obstacle à l'ouverture ultérieure de l'intestin; enfin on opère avec une certaine rapidité. Chez les enfants, ou quand le cadavre a déjà subi un certain degré de putréfaction, ou encore à la suite de certaines maladies, il arrive que cette manœuvre est rendue assez difficile, par suite du peu de ramollissement des tuniques de l'intestin. Le détachement accompli jusqu'au duodénum, on sectionne transversalement le jéjunum ou le duodénum (on doit dans certains cas l'inciser entre deux ligatures), puis revenant au cœcum on coupe les quelques adhérences qui peuvent encore retenir les colons, et l'on incise le gros intestin, entre deux ligatures au besoin, au-dessus ou au-dessous de l'S iliaque.

Ouverture de l'intestin. — On ouvre alors l'intestin en débutant par l'extrémité duodénale; la section est faite sur le bord mésentérique au moyen de l'entérotome; de la main gauche on attire à soi successivement toutes les parties de l'intestin, maintenant le bord mésentérique en avant, qui vient se faire sectionner par l'entérotome dont la branche mâle a été introduite dans le canal intestinal; il est tenu mi-fermé de la main droite, la branche femelle en avant. Arrivé à l'extrémité de l'iléum, il est utile de prendre quelques précautions pour faire pénétrer sans violence l'entérotome par l'orifice de la valvule iléo-cœcale et continuer la coupe de même façon sur les côlons.

Dès l'ouverture des différentes parties du *canal intestinal*, on note successivement l'état des matières contenues (forme, quantité, consistance, coloration, odeur, etc.), la présence de corps étrangers ou de parasites (tœnias, lombrics, etc.).

En France, beaucoup de médecins ont l'habitude de procéder au lavage de l'intérieur de l'intestin avant d'en faire l'ouverture, et dans ce but ils en fixent le bout supérieur autour d'un robinet qu'il suffit d'ouvrir plus ou moins. Cette méthode est tout à fait défectueuse et ne doit jamais être employée, car outre les déchirures qui peuvent en résulter, elle ne permet que très difficilement l'examen du contenu intestinal, modifie l'aspect de certaines lésions, ne permet plus de déterminer le siège de corps étrangers ou autres, etc.

Une méthode plus recommandable et qui peut être suivie avec avantage dans certains cas, où l'on croit devoir éviter toute section, est celle qui consiste à produire le renversement de la muqueuse, de telle sorte que celle-ci est devenue externe et la séreuse interne. On relève en forme de manchette l'extrémité supérieure de l'intestin grêle, et l'on fait couler dans le sillon circulaire ainsi formé, un filet d'eau qui produit progressivement le renversement de la muqueuse sur toute la longueur de l'intestin.

Examen de la surface interne de l'intestin. — Les parties de l'intestin que l'on examine dès l'abord sont le cœcum, la valvule iléo-cœcale et la portion terminale de l'intestin grêle; on se borne même parfois à ce seul examen, car au point de vue pathologique, ce sont celles qui présentent le plus d'intérêt. On agira toutefois sagement, même si on n'y rencontre aucune altération, en procédant à l'examen détaillé de tout le canal intestinal. Puis on fait glisser à plat l'iléon, puis le jéjunum (la muqueuse en haut) entre l'index et le médius de la main gauche et on l'examine au fur à mesure que, débarrassée de la presque totalité des matières qui la recouvre, elle se présente à l'œil de l'observateur du côté de la paume de la main. Cette manœuvre peut être opérée rapidement, au besoin sans examen complet, dans le seul but d'enlever les matières qui sont restées attachées à la muqueuse, mais alors on la répète avec soin après avoir lavé l'intestin. Si, faute de temps, l'on ne pouvait pratiquer cette double opération, on peut se contenter du seul examen fait après lavage.

L'examen de l'*appendice vermiforme* se fait en l'ouvrant avec des ciseaux (corps étrangers, ulcérations, etc.

On aura surtout à noter après l'ouverture de l'intestin la

(1) Extrait d'un *Manuel de Technique d'autopsie*, par Bourneville et Bricon (Voir *Progrès médical*, nos 43, 44, 46, 47, 48, 50 et 52 (année 1884), 3, 4, 5 (année 1885).

coloration de la muqueuse (hypérémie, ecchymoses, etc.), l'enduit plus ou moins épais et les différents exsudats qui la recouvrent, son épaississement, son bourgeonnement, la tuméfaction, l'ulcération des follicules clos et des glandes de Peyer; en ce qui concerne les ulcérations on doit enregistrer soigneusement leur siège, leur forme, leur direction par rapport à l'axe de l'intestin (transversale et circulaire dans les grandes ulcérations tuberculeuses siégeant en dehors des plaques de Peyer), l'état de leurs bords, leur coloration, etc. Les tumeurs sont relativement rares dans l'intestin, on y rencontre le plus fréquemment l'épithéliome, le carcinome, (presque toujours au voisinage de la valvule iléo-cœcale), puis le lymphadénome, etc. *(A suivre.)*

Thèses soutenues à la Faculté de Médecine.

Mercredi 18. — M. Launois. De l'appareil urinaire des vieillards (Etude anatomo-pathologique et clinique). — M. Lucas de Crésantignes. Quelques considérations sur la propagation et la prophylaxie de la dipthérie. — *Vendredi* 20. — M. Carilian. De l'incision exploratrice dans les tumeurs abdominales. — M. Breillot. Du tremblement. — Etude de séméiologie et de clinique. — M. Largeau. Premiers pansements des fractures ouvertes. — M. Tuffier, De la congestion dans les maladies des voies urinaires.

Enseignement médical libre.

Conférences sur les maladies mentales et nerveuses. — Le Dr Auguste Voisin reprendra à l'hospice de la Salpêtrière ses conférences cliniques, le dimanche 15 février, à 9 h. 1/2 du matin, et les continuera les dimanches suivants à la même heure.

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 1er février au samedi 7 février 1885, les naissances ont été au nombre de 1193, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 476; illégitimes, 152. Total, 628. — *Sexe féminin* : légitimes, 435 ; illégitimes, 130. Total, 565.

Mortalité a Paris.— Population d'après le recensement de 1881, 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 1er février au samedi 2 février 1885, les décès ont été au nombre de 1220 : savoir : 643 hommes et 577 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Choléra : M. . F. .. T. . — Fièvre typhoïde : M. 15. F. 9. T. 24. — Variole : M. .. F. ., T. .. — Rougeole : M. 19, F. 19, T. 38. — Scarlatine : M. 1, F. 1, T. 2. — Coqueluche : M. 2. F. 3. T. 5. — Diphthérie, Croup. M. 20, F. 11, T. 31. — Dyssenterie : M. .. F. ., T. .. — Erysipèle : M. 4, F. 1, T. 5. — Infections puerpérales : 4 — Autres affections épidémiques : M. ., F. ., T. .. — Méningite tuberculeuse et aiguë : M. 24, F. 28, T. 52. — Phthisie pulmonaire : M. 112, F. 83. T. 195. — Autres tuberculoses : M. 10, F. 5. T. 15. — Autres affections générales : M. 37, F. 31. T. 68. — Malformations et débilité des âges extrêmes : M. 17, F. 53. T. 70 — Bronchite aiguë : M. 28, F. 24. T. 52. — Pneumonie : M. 62, F. 57, T. 119. — Athrepsie : M. 40. F. 29 T. 69. — Autres maladies des divers appareils : M. 218. F. 199, T. 417. — Après traumatisme : M. ., F. ., T. .. — Morts violentes : M. 28, F. 12. T. 40. — Causes non classées M. 6, F. 8, T. 14.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 112 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 36 ; illégitimes, 17. Total : 53. — *Sexe féminin* : légitimes, 34 ; illégitimes, 25. Total : 59.

Faculté de médecine de Paris. — Année scolaire 1884-85. — *Concours pour le Prosectorat.* — Un concours pour deux places de prosecteur s'ouvrira le lundi 23 mars 1885, à midi et demi, à la Faculté de médecine de Paris. MM. les aides d'anatomie sont seuls admis à prendre part à ce concours. Le registre d'inscriptions sera ouvert au secrétariat de la Faculté, de midi à trois heures, tous les jours, du lundi 16 février au lundi 16 mars 1885. Les prosecteurs nommés entreront en fonctions le 1er octobre 1885 ; leur temps d'exercice expirera le 1er octobre 1889. — Pour tous autres renseignements, consulter le règlement, soit à la Faculté, soit à l'Ecole pratique.

Faculté de médecine de Lyon. — M. Honnorat est chargé des fonctions de préparateur du laboratoire d'anatomie générale et d'histologie, en remplacement de M. Vialleton, démissionnaire.

Faculté de médecine de Bordeaux. — Un concours pour une place de chef de clinique ophthalmologique sera ouvert à la faculté de Bordeaux, le lundi 20 avril 1885. — M. le Dr Badal est nommé professeur de clinique ophthalmologique près la même Faculté.

Professeurs ou Sénateurs. — La *Semaine médicale* annonce que M. Robin est dans l'intention de faire valoir ses droits à la retraite comme professeur à l'Ecole de médecine de Paris. — Nous ne pouvons que féliciter M. Robin de la décision qu'il vient de prendre.

M. Cornil, également nommé sénateur (Allier), n'aura pas heureusement pour la Faculté à opter entre son nouveau mandat et sa place de professeur à la Faculté. En effet si la loi sur les *incompatibilités parlementaires* dit dans son article premier : « Que l'exercice des fonctions publiques rétribuées sur les fonds de l'état, ou dont les titulaires sont nommés par le gouvernement, est incompatible avec le mandat de sénateur ou de député », l'article 3 établit une exception, « 6e pour les professeurs nommés *après concours* ou sur *la présentation des corps* où la vacance s'est produite, si leur chaire est à Paris ». M. Robin a été nommé directement par l'empereur Napoléon III, et doit donc démissionner, tandis que M. Cornil a été nommé sur la présentation de ses pairs.

Faculté des sciences de Paris. — La chaire de minéralogie est declarée vacante. Un délai de vingt jours est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

Faculté des sciences de Lyon. — Par décret du 9 février, M. Guignard docteur ès sciences est nommé professeur de botanique.

Faculté des sciences de Toulouse. — Par décret du 9 février, M. Moquin-Tandon, professeur de zoologie à la faculté des sciences de Besançon, est transféré sur sa demande dans la même chaire de la faculté de Toulouse. — M. Brillouin, docteur ès sciences, est nommé professeur de physique.

Ecole de médecine d'Alger. — Un concours s'ouvrira le lundi 13 juillet 1885, à l'Ecole de médecine d'Alger, pour un emploi de nouvelle création de chirurgien-adjoint à l'hôpital civil de Mustapha.

Prix. — L'Académie a, dans sa dernière séance, attribué les fonds disponibles du legs Monbinne, avec le titre de lauréats, de la manière suivante : 4,000 francs à M. le Dr A.-J. Martin pour son ouvrage sur l'*Administration sanitaire civile à l'étranger et en France* : — 2,000 francs à M. le Dr Straus et 2,000 francs à M. le Dr Roux pour leurs *recherches effectuées à Toulon en 1884 sur le choléra* ; — 2,000 francs à M. le Dr Van Moris (de Dunkerque), et 500 francs à M. le Dr Amat, médecin militaire, pour des mémoires sur *l'influence des bains de mer dans le traitement de la scrofule chez les enfants.*

Ecole de médecine de Nantes et de Caen. — Par arrêté du 6 février, le concours qui devait s'ouvrir le 15 février devant la faculté de médecine de Paris, pour deux emplois de suppléants à la chaire de pathologie et de clinique interne, est reporté au 23 du même mois.

Ecole de médecine de Nantes. — Par arrêté du 6 février, le concours qui devait s'ouvrir le 10 décembre 1884 devant la faculté de médecine de Paris, pour un emploi de suppléant de chaires d'anatomie et de physiologie est reporté au 16 mars 1885.

Ecole de médecine de Rennes. — Par arrêté du 6 février, un concours pour un emploi de suppléant des chaires de médecine à ladite école, s'ouvrira le 4 novembre 1885 devant la faculté de médecine de Paris. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Asile de Berck. — M. Buyat a déposé à la Chambre des députés (Séance du 11 janvier), son rapport concluant à la déclaration d'utilité publique de l'établissement d'un chemin de fer d'intérêt local de Verton à la plage de Berck (Pas-de-Calais). — Cette nouvelle ligne sera non seulement utile aux touristes, mais encore aux familles qui ont des enfants à l'asile de Berck.

Assistance publique. — M. le Dr Vigouroux, 140, rue Saint-Martin, est nommé médecin du bureau de bienfaisance du IVe arrondissement. — M. le Dr Perrachon (Jean), avenue de Clichy, 58, est nommé médecin du bureau de bienfaisance du XVIIIe arrondissement.

Collège de France. — M. Brasse, licencié ès sciences physiques, est nommé préparateur de la chaire de chimie organique, en remplacement de M. André, appelé à d'autres fonctions.

Académie de médecine de Belgique. — L'académie a élu président pour 1885, M. le Dr Lurorx.

Vacance médicale. — On demande un médecin à Rabodanges, près Putanges (Orne). S'adresser au maire de Rabodanges.

Nécrologie. — M. le Dr Dominique Domec, professeur à la faculté libre de médecine de Lille, mort à Quito (Equateur), où il était en congé depuis deux ans pour cause de santé. — M. le Dr Nicolai Buhnow, chef de clinique du professeur Botkin, mort de diphthérie. — M. le Dr Mathias Schwanda, professeur de physique médicale à la faculté de médecine de Vienne. — M. le Dr Mallez (de Paris), spécialiste connu des maladies des voies uri-

13e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. I. No 8 BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 21 FEVRIER 1885.

Le Progrès Médical

CLINIQUE CHIRURGICALE

HÔTEL-DIEU. — M. le Dr TILLAUX.

De la fistule thyro-hyoïdienne ;

Leçon recueillie par MM. MARCIGUEY et PHOCAS, internes du service.

Messieurs,

Nous allons nous occuper aujourd'hui d'une jeune fille qui présente un cas rare et difficile ; rare, parce qu'elle est atteinte d'une fistule du cou, difficile parce qu'elle nécessite une opération délicate et n'amenant pas toujours la guérison.

Pour vous faciliter l'intelligence du sujet, permettez-moi de vous rappeler en quelques mots la pathogénie des fistules du cou. Elles peuvent provenir de plusieurs sources : 1° De la suppuration d'un ganglion tuberculeux ; elles guérissent par le curage du foyer ; — 2° de la nécrose d'un cartilage du larynx, ce sont les fistules laryngées externes décrites par Trousseau. Il en de même pour celles qui proviennent de la carie de l'os hyoïde. — 3° D'autres reconnaissent pour cause la suppuration d'un kyste du cou. Vous savez, messieurs, que leurs variétés sont très nombreuses. — 4° Ces fistules peuvent succéder à un traumatisme, à une plaie du larynx ou de la trachée. Comme type nous citerons celles qui sont consécutives à une trachéotomie. — 5° Enfin, la science possède une observation de fistule ayant eu pour point de départ une blessure de l'œsophage.

Jusqu'ici, Messieurs, je ne vous ai mentionné que des fistules accidentelles ou acquises ; il me reste à vous parler d'une variété très intéressante, des fistules congénitales du cou.

On trouve en effet, sur les parties latérales du cou, de petites fistules qui communiquent avec la cavité pharyngienne.

On les a divisées en fistules complètes, en fistules borgnes externes ou internes, selon que leur trajet est complet, ou s'ouvre à l'intérieur du pharynx ou à l'extérieur seulement. Elles résultent d'un véritable arrêt de développement et il est indispensable, pour bien comprendre leur mode de production, de vous rappeler brièvement l'embryogénie du cou.

Vers la fin du premier mois de la vie intra-utérine, il existe au-dessous des cellules cérébrales, une vaste cavité, dite cavité pharyngienne, circonscrite par des arcs qui se portent d'arrière en avant et sont destinés à la fermer ; ce sont eux qui forment la face et le cou.

Ils sont au nombre de quatre, appelés arcs branchiaux. Entre ces arcs existent trois fentes qui se comblent, sauf la supérieure. Sa portion perméable formera le conduit auditif externe, la caisse du tympan et la trompe d'Eustache.

Le défaut de fermeture de l'une de ces fentes sur un point donne naissance à une fistule congénitale dont il est alors facile de comprendre la disposition et les variétés. Notre fistule thyro-hyoïdienne est-elle de nature inflammatoire ou bien se rattache-t-elle aux fistules congénitales ? Telle est la question que nous allons essayer de résoudre.

Mais exposons maintenant l'histoire de notre malade. Il s'agit d'une jeune fille âgée de 22 ans, d'une très bonne constitution et n'ayant jamais eu d'autre maladie que celle pour laquelle elle est venue nous consulter. Elle présente sur la partie antérieure du cou, au niveau du bord supérieur du cartilage thyroïde, un petit orifice fistuleux, dont le début remonte à 4 ans et demi. En effet, elle constata vers cette époque et dans cette région, une petite tumeur dépassant un peu la ligne médiane vers la droite. Sous l'influence de cataplasmes irritants, cette tumeur s'enflamma et s'ouvrit spontanément. Il en résulta une fistule qui a toujours persisté, malgré les soins que lui donnèrent différents médecins. Elle se ferme de temps en temps, devient douloureuse, puis s'ouvre de nouveau.

Aujourd'hui nous trouvons sur la ligne médiane du cou l'orifice dont nous avons parlé précédemment ; il repose sur un petit tubercule induré, et est recouvert par une croûte jaunâtre. De ce tubercule part un cordon facile à saisir entre le pouce et l'index, assez dur, cylindrique, rappelant le volume d'une plume de corbeau ; il chemine un peu obliquement de bas en haut, de droite à gauche, d'avant en arrière et va se perdre derrière l'os hyoïde. Il est impossible d'y introduire un stylet, pas même une bougie fine : la douleur causée par cette exploration est très vive. A chaque mouvement de déglutition, ce trajet s'élève avec le larynx.

Messieurs, avant de vous indiquer le siège de l'affection, je vous rappellerai quelques points de l'anatomie de la région. Entre le bord supérieur du cartilage thyroïde et l'os hyoïde, il existe un espace triangulaire limité en avant par le muscle thyro-hyoïdien, en arrière par la membrane thyro-hyoïdienne qui s'attache au bord postérieur de la base de l'os hyoïde. Cet espace est occupé par la bourse séreuse dite de Boyer. Sur une coupe verticale et antéro-postérieure, nous trouvons une petite masse graisseuse située au-dessous de la muqueuse qui s'étend de la base de la langue à l'épiglotte, par conséquent en arrière de la membrane thyro-hyoïdienne. Cette muqueuse contient dans son épaisseur quelques follicules glandulaires.

Revenons maintenant à notre malade. Cette jeune fille n'est ni tuberculeuse, ni scrofuleuse, nous pouvons donc éliminer les abcès ganglionnaires du cou. La tumeur a débuté brusquement il y a cinq ans, il ne s'agit évidemment pas d'un kyste dermoïde. Nous sommes en présence d'une fistule thyro-hyoïdienne borgne externe. Comment devons-nous comprendre la pathogénie de cette affection ?

La théorie classique que j'ai adoptée jusqu'à présent, et dont je vais m'écarter aujourd'hui, est celle de Boyer. Pour cet auteur, il se produit dans la bourse séreuse un hygroma qui s'enflamme, suppure et s'ouvre à l'extérieur. Il en résulte, qu'en raison de l'écartement des deux plans, et à cause des mouvements incessants du larynx, cette fistule n'a aucune tendance à la cicatrisation.

Nélaton, qui a contribué à éclairer cette question, sur-

tout au point de vue opératoire, ébranla cette théorie. En effet, M. Robin, sur une pièce enlevée par ce chirurgien, trouva que le conduit fistuleux était tapissé par une muqueuse à épithélium cylindrique à cils vibratils. Il proposa alors, comme point de départ de ces kystes, l'inflammation des follicules épiglottiques.

Etant interne de Nélaton, je lui fis remarquer, dans une opération de ce genre, l'intégrité de la membrane thyro-hyoïdienne. C'est là un des principaux arguments que l'on peut invoquer contre cette théorie.

Quant à moi, il me paraît très probable que cette fistule a pour cause un arrêt de développement de la 2e ou de la 3e fente branchiale. Cette opinion a déjà été émise par M. Duplay. La présence de l'épithélium à cils vibratils, la fixité de caractères avec lesquels cette fistule se présente me paraissent des arguments à invoquer en faveur de cette opinion. On conçoit, en effet, comment les orifices pharyngiens et cutanés d'une fente branchiale peuvent se fermer, tandis que la partie intermédiaire reste perméable. Nous en trouvons un exemple analogue dans les kystes du cordon spermatique, dus à la persistance d'une portion du canal vagino-péritonéal.

En présence de cette affection, quelle est la conduite à tenir? L'expérience a appris que les cautérisations et les injections échouent en pareil cas. Nous aurons recours au procédé indiqué par Nélaton. Après avoir introduit dans la fistule un stylet comme conducteur, si cela est possible, on doit disséquer la peau, écarter les muscles, isoler et enlever le cordon induré jusqu'à son insertion supérieure. Autant que possible il faut avoir soin de n'en laisser aucune portion dans la crainte d'une récidive.

Post-scriptum. — L'opération a été faite d'après les règles indiquées par M. Tillaux. Le trajet fistuleux a été complètement enlevé, et lorsque l'opération a été terminée, on pouvait sentir avec le doigt la membrane thyrohyoïdienne intacte. Un petit drain a été mis dans la partie déclive de la plaie; la réunion par première intention a été tentée, et, avec le pansement de Lister, elle a parfaitement réussi. Dix jours après la malade était complètement guérie et quittait le service.

CLINIQUE MÉDICALE

Notes sur l'épidémie de choléra observée à l'hôpital Bichat en 1884 (1);

Par M. **Marcel LERMOYEZ**, interne des hôpitaux.

VII. Les signes du choléra ont été tant de fois magistralement décrits, — et nous avons observé si peu de malades, — que tout ce que nous pourrions raconter à ce sujet a été cent fois dit et redit. Mais, puisque toute notre prétention se borne ici à développer des notes de statistique, il nous sera permis d'écrire quelques lignes sur leur fréquence respective, telle qu'elle s'est présentée à nous pendant le mois de novembre 1884.

Tous les cas non précédés de diarrhée prémonitoire ont débuté par des vomissements et des selles incoercibles — jusqu'à 50 par heure — confusément, et sans qu'il ait été possible de discerner, parmi ces deux symptômes, lequel avait l'aîné. Les crampes sont toujours survenues quelques heures, une demi-journée plus tard. Elles ont inévitablement envahi les jambes et les cuisses, plus rarement les bras, souvent les muscles des parois abdominales et du thorax; dans le premier de ces deux cas, elles ajoutaient leurs crises paroxystiques aux coliques permanentes éprouvées par les malades; et quand elles frappaient le thorax, elles précipitaient l'asphyxie. Ce qui nous a le plus étonné, c'est que dans presque tous les cas, — et peu importait que le malade fût activement frictionné par nos infirmiers ou restât privé de soins dans sa mansarde — les crampes musculaires des membres disparaissaient spontanément au bout de 12 à 18 heures, même dans les cas mortels. Dans tous les cas, les moindres mouvements, une pression, un choc réveillaient les crampes momentanément assoupies, si bien que nos malades redoutaient tout mouvement provoqué, trouvant dans l'immobilité le meilleur remède à leurs souffrances. En percutant avec une force moyenne, et perpendiculairement à sa direction, un muscle malade dans l'intervalle de deux crampes, on obtenait nettement un gros bourrelet transversal, persistant quelques minutes avant de s'éteindre. Ce phénomène était encore plus accentué pendant les deux heures qui suivaient la mort, chez ceux qui avaient succombé dans la phase d'asphyxie.

L'entrée en réaction était toujours fidèlement annoncée par le retour ou l'augmentation du pouls qui devenait plus rapide et plus plein; au contraire, les indications thermiques ne nous fournissaient que des renseignements vagues et souvent contradictoires; l'état de la pulsation radiale nous a toujours semblé l'un des meilleurs interprètes de l'état général du malade.

Nous n'avons rien à dire des autres symptômes, si ce n'est que l'anurie et la soif furent les deux phénomènes les plus constants; que pendant la période algide les malades éprouvaient parfois une fausse sensation de faim, qui leur faisait nous demander impérieusement des aliments; que l'aphonie fut rare, beaucoup moins marquée que ne le disent les livres classiques; nous ne trouvâmes pas un seul cas d'aphonie vraie: tous nos algides pouvaient émettre un son laryngé bien timbré lorsque nous avions la patience de les y contraindre.

Nous avons cependant fait deux intéressantes remarques, que nous ne pouvons longuement développer dans cet exposé succinct.

Tous les cholériques algides ont une conjonctivite légère, à condition que la peau ait perdu son élasticité. L'injection vasculaire se montre exclusivement sur la portion bulbaire de la muqueuse et sur le segment inférieur de l'œil. La cause en est évidemment attribuable à l'inocclusion des paupières, par suite de la parésie du muscle orbiculaire et de la perte d'élasticité de la peau, la paupière supérieure étant gênée dans son abaissement par la persistance du pli cutané transversal que forme son relèvement; dans ces cas, la pupille cherchant instinctivement à s'abriter de la lumière du jour, monte à la rencontre de la paupière qui s'abaisse mal, et la partie inférieure du globe se présente alors à l'orifice palpébral entr'ouvert. Pour éprouver notre théorie, nous fîmes l'expérience suivante: un soir, nous appliquâmes sur l'œil droit d'un cholérique algide un bandeau occlusif; le lendemain matin nous constatâmes que l'œil gauche seul était atteint de conjonctivite.

Enfin, on enseigne souvent que les cholériques gardent leur présence d'esprit jusqu'à la fin, et meurent en pleine connaissance. Cependant nous avions remar-

(1) Voir *Progrès médical*, n° 6.

qué qu'à la période d'asphyxie, les malades restaient à peu près indifférents à ce qui les entourait, ne répondaient qu'aux questions posées impérieusement et à voix haute; et souvent même leurs réponses ne concordaient nullement avec nos interrogations. Mais voici qui est mieux : nous avons interrogé ceux de nos malades qui, après être restés plusieurs jours dans une algidité voisine de l'asphyxie, atteints de cette torpeur intellectuelle que nous venons de signaler, étaient finalement entrés en réaction franche. Eh bien ! aucun d'eux ne s'est rappelé exactement ce qui lui était arrivé pendant toute la durée de sa période algide; celui-ci se réveillait tout étonné de se retrouver dans une salle d'hôpital; celui-là n'avait pas vu cinq ou six malades mourir dans les lits voisins du sien; un autre, se souvenant seulement de sa prémonitoire, prétendait n'avoir jamais eu qu'une diarrhée légère, et s'étonnait de sa grande faiblesse. Voilà certes des observations bizarres qui demandent à être confirmées par d'autres faits : franchement, elles nous ont beaucoup surpris, imbu que nous étions de cette idée classique que le choléra respecte l'intelligence.

VIII. Les quelques complications que nous avons pu observer sont depuis longtemps décrites dans les traités de pathologie interne. Plusieurs fois, au début de la réaction, nous avons noté de la rétention d'urine, qui n'a pas tardé à se dissiper en peu de jours. Sur trois grossesses frappées par le choléra, deux ont été interrompues, l'une à 2 mois 1/2, l'autre à quatre mois ; la troisième, âgée de six mois, a continué son cours. C'est au reste, la règle formulée par Griésinger, que le choléra produit presque toujours l'avortement et très rarement l'accouchement prématuré.

Enfin, trois de nos malades, en période de réaction, ont été pris d'atroces coliques, ont eu des selles d'une fétidité extrême, puis bientôt des hémorrhagies intestinales formées de sang presque pur. *Tous trois sont morts;* et à l'autopsie, nous avons trouvé, non pas seulement la *colite hémorrhagique* que signale Niemeyer, mais une congestion extrême, une cyanose de tout le paquet intestinal, sans aucune trace d'ulcération qui eût pu amener une rupture vasculaire.

IX. La question du traitement est certainement celle qui, durant l'épidémie, nous a le plus intéressé ; nous avons soigné nos cholériques avec acharnement, sans nous laisser décourager par l'entêtement que les cas foudroyants mettaient à mourir. Aussi, peut-être pouvons-nous nous flatter que nos médications n'ont pas été étrangères à la guérison, à la résurrection de plusieurs de nos malades.

Nous n'avons évidemment pu faire que de la médecine de symptômes ; mais nous avons cru remarquer que les médications dirigées contre l'état général réussissaient moins mal que les médicaments qui, isolément, s'attaquaient à chaque manifestation du choléra. Réchauffer le malade et rétablir la circulation du sang, telles sont les deux grandes indications de la période algide — la seule du reste dont nous voulions parler ici. — Nous avons employé la chaleur sous toutes ses formes ; enveloppement dans des linges chauds, application de boules d'eau bouillante, etc.; nous avons essayé des bains de vapeur donnés dans le lit, sans observer aucun résultat autre qu'une très grande souffrance éprouvée par le malade. Les bains chauds sinapisés nous ont mieux réussi ; nous avions d'abord essayé de plonger nos cholériques pendant une minute dans de l'eau à 40°; ce moyen leur faisait pousser des cris atroces, et, une demi-heure après le bain, l'algidité de la peau avait reparu de plus belle. Nous préférâmes alors mettre nos malades dans des bains à 34°, et les y laisser cinq à six minutes, tandis que la température de l'eau était progressivement élevée à 38° ; cette façon de baigner les malades nous a donné de bons résultats ; habituellement l'amélioration était passagère et durait deux à trois heures ; quelquefois l'algidité cessait complètement après les 2e ou 3e bains, et la réaction s'établissait immédiatement.

Nous n'avons jamais rien refusé à la soif inextinguible de ces malheureux ; mais persuadé de l'inutilité de toute médication interne absorbable durant la période algide, nous nous sommes exclusivement adressé aux injections sous-cutanées, dans notre thérapeutique anticholérique. L'éther nous a rendu de grands services, et mieux que lui encore, la caféine; en effet, après quelques essais comparatifs, nous avons reconnu que ce médicament permettait une survie plus longue, ou amenait une guérison plus rapide. La caféine, remède héroïque de l'asystolie, bien connue par les travaux de Dujardin-Beaumetz, Leblond, etc., était injectée sous la peau toutes les deux heures à la dose de 20 à 30 centigrammes, soit en moyenne 3 grammes par jour. La formule que nous employions est celle qu'indique Dujardin-Beaumetz :

Caféine.	4	grammes.
Salicylate de soude . . .	3	—
Eau distillée	6	—

Ces injections présentent sur celles d'éther, l'immense avantage de n'être point du tout douloureuses ; elles ont manifestement relevé le pouls dans tous les cas et activement poussé à la diurèse, au point même de faire cesser l'anurie pendant la période algide. Cependant, pour ne perdre aucun des bénéfices fournis par la méthode stimulante, nous formulions ainsi le traitement : d'heure en heure, injections alternatives d'un gramme d'éther et de 20 à 30 centigrammes de caféine, strictement continuées jusqu'à l'établissement de la réaction franche. L'alcool à hautes doses ne nous a donné aucun résultat avantageux. L'opium et la morphine sont des médicaments très dangereux ; car, tant que le malade n'urine pas, on accumule vainement dans son organisme des matériaux opiacés qui, absorbés en masse lors de la réaction, peuvent le tuer rapidement. Et cependant, la morphine est le seul médicament vraiment efficace à calmer les symptômes pénibles du choléra. Unie à la caféine, la morphine est moins dangereuse, d'abord parce que ces deux médicaments sont antagonistes, et ensuite parce que la caféine poussant à la diurèse, aide à l'élimination de l'opium.

Nous n'avons jamais tenté d'arrêter la diarrhée, persuadé que nous étions que cela est parfaitement inutile et de plus, presque impossible ; d'ailleurs, comme la diarrhée ne s'accompagne ni de tenesme ni d'épreintes, qu'elle est toujours fort abondante et soulage le malade, il y a tout lieu de la respecter. Au contraire, le vomissement est un des symptômes les plus pénibles du choléra et qu'il faut souvent combattre. Chez les malades qu'on laisse boire à leur soif, ils sont bien plus abondants mais aussi bien moins fatigants que chez ceux qu'on met à la diète de boissons. Aussi, il est parfaitement juste de laisser les cholériques boire tant qu'il leur plaît ; c'est là une des plus grandes satisfactions que le médecin puisse leur donner, et Dieu sait s'ils abusent de cette permission en buvant jusqu'à huit

et dix litres de liquide par jour. Un médecin de Dijon, qui suivait le service de notre chef, nous racontait que lors de l'épidémie de 1865, il plaçait auprès de chaque cholérique un seau plein d'eau, lui permettant d'y puiser à foison ; et sa clientèle ne présenta pas une proportion de mortalité plus grande que celle de ses confrères, Le thé au rhum, boisson classique de tous les états algides, écœure les malades et doit être rejeté. Les boissons fraîches, gazeuses, et surtout la glace pilée procurent un grand soulagement. Le froid est du reste un des meilleurs moyens de réchauffer l'organisme et bien des médecins l'ont employé en applications externes préférablement à la chaleur. Contre le vomissement nous avons encore essayé la révulsion appliquée au creux épigastrique (ammoniaque, pointes de feu, compresses térébenthinées, pulvérisations d'éther) ; l'oxygène, que M. Hayem a prôné contre le vomissement des femmes enceintes, etc. Ces moyens sont restés impuissants entre nos mains. Seules les injections sous-cutanées de morphine ont arrêté les vomissements et procuré un grand calme aux malades.

C'est encore aux injections de morphine, dont l'action eupnéique a été mise en relief par M. Huchard, qu'il faut s'adresser pour calmer l'intolérable dyspnée de la période algide ; l'oxygène nous a semblé toujours sans action sur ce symptôme, malgré les affirmations conraires de M. le Dr Troncin. On voit en somme que la morphine est à la fois le meilleur et le pire médicament qu'on puisse donner aux cholériques.

Nous fondant sur la théorie microbienne du choléra, et inspirés par des travaux allemands antérieurs (Munich 1873) nous avons administré à nos malades du sublimé sous forme de *liqueur de Van Swieten* : 40 grammes par la bouche, 60 grammes en lavement, journellement. S'il est vrai que le comma-bacille qui fabrique le poison cholérique, reste localisé à l'intestin, sans même envahir les tuniques dans les cas rapides, comme nous l'enseignait M. Straus, il y a tout intérêt à inroduire dans l'intestin la substance parasiticide, d'autant lus que le défaut d'absorption intestinale qui contre-pndique l'usage des autres médicaments, favorise encore li'emploi du sublimé dont l'action locale doit être seule recherchée. Or, nous avons trouvé dans le sublimé un puissant auxiliaire qui nous a rendu de grands services. Il est bien toléré et souvent même diminue les vomissements. Dans les formes foudroyantes il est sans action ; théoriquement en effet, il est impuissant à lutter contre le poison déjà répandu dans l'organisme, et ne peut que s'opposer à la production des nouvelles ptomaïnes, en tuant le bacille qui les fabrique. Mais dans les formes lentes, où l'algidité persiste plusieurs jours, nous l'avons presque toujours vu amener une réaction douce et salutaire. Ces essais doivent être de nouveau tentés sur une plus grande échelle. Deux injections intra-veineuses de sérum artificiel, pratiquées pendant la période algide, ont eu un résultat immédiat si fâcheux que nous avons été découragé d'en tenter d'autres. Nous avons essayé, dans un cas caractérisé par des crampes violentes et généralisées, de l'éther amylralérianique en injections sous-cutanées. Les crampes ont semblé disparaître ; néanmoins le malade est mort.

En résumé, si l'on nous demandait quelle médication nous prescririons contre l'attaque de choléra. nous répondrions avec notre maître, M. Gouguenheim : 1° enveloppements et bains chauds : 2° injections sous-cutanées d'éther et de caféine, par le procédé déjà décrit ; 3° usage profus de la liqueur de Van Swieten ; 4° enfin, injections de morphine très parcimonieuses contre la dyspnée et les vomissements. Mais nous sommes persuadé que si l'attaque cholérique est vraiment mortelle quoi qu'on fasse, le malade mourra.

PATHOLOGIE COMPARÉE

Exostoses. hyperostoses et synostoses multiples de la colonne vertébrale chez un chat ;

Par le Dr P. BRICON.

Nous présentons à la Société le *squelette* d'un chat présentant des exostoses et synostoses multiples localisées principalement à la colonne vertébrale. Nous dirons de suite que leur *étiologie* nous échappe (1).

Le *début* de la maladie passe généralement inaperçu. Le premier symptôme apparent est une raideur anormale de la région cervicale, ou parfois des membres antérieurs. Cette raideur, d'abord peu étendue, se propage d'avant en arrière ; le cou est incliné latéralement, les mouvements de flexion et d'extension de la tête et ceux qui se produisent dans les articulations intrinsèques et extrinsèques de la colonne vertébrale sont abolis progressivement, de telle sorte que vers la fin de la maladie l'animal mérite véritablement le nom de chat *barre de fer* : saisi par la tête, il peut en effet être tenu ainsi que le serait une barre. L'animal ne pouvant se nettoyer est envahi par la vermine, etc.

La *durée* de la maladie est de plusieurs mois, parfois de plusieurs années. — Le *pronostic* est fatal et semble être le résultat du marasme dans lequel tombe l'animal par suite de la difficulté progressive qu'il éprouve pour saisir ses aliments, pour marcher. et enfin aussi de la gêne respiratoire. Dans notre cas, la sensibilité paraissait être conservée. — Le *diagnostic* peut assez facilement être posé tant par la démarche de l'animal que par le toucher.

Nos renseignements insuffisants ne nous permettent d'incriminer comme cause de l'affection ni le rhumatisme ni l'hérédité, etc. ; nous ne pouvons non plus dire l'âge exact de l'animal qui fait le sujet de notre présentation. Toutefois, nous basant sur l'absence des trois tubercules (fleur de lys), des incisives qui sont lisses et sur l'usure des canines, nous croyons qu'il avait atteint tout au moi[ns] sa quatrième année.

Autopsie. — Nous n'avons trouvé aucune altération des *organes thoraciques* et *abdominaux* digne d'être notée. L'amaigrissement était très prononcé ; l'*encéphale* normal. Quant à la moelle, nous avons dû la sacrifier pour ne pas endommager la colonne vertébrale. Nous allons décrire en détail les lésions rencontrées sur le squelette.

L'articulation de l'atlas avec l'occipital est libre ; les surfaces sont lisses et normales. Postérieurement le corp[s] et les ailes (apophyses transverses) de l'atlas ne présenten[t] que de légères exostoses aplaties. mais l'arc anterieur présente une exostose relativement volumineuse (5 mill. d'épaisseur sur 2 cent. de large) plus prononcée à droite qu'[à] gauche ; cette exostose se continue sans interruption sur les faces antérieures de l'axis et de la 3e vertèbre cervical[e] ; elle est irrégulière. rugueuse, recouverte d'une membran[e] fibreuse (périoste). épaissie de telle sorte que les articulations de ces vertèbres entre elles ont disparu et ne forment plus qu'une masse. L'articulation, entre la 3e et l[a] 4e cervicale est également ossifiée (synostose), toutefois l[e] corps de cette dernière vertèbre est relativement norma[l], tout au moins sur sa face antérieure. Les 6e et 7e vertèbres cervicales sont aussi recouvertes d'exostoses plus prononcées sur le côté gauche. Leurs articulations se distinguen[t]

(1) Nous devons à l'obligeance de MM. Bourrel et Béraud, vétérinaires à Paris, d'avoir pu faire l'autopsie de ce chat ; nous les remercions particulièrement des renseignements qu'ils nous ont fournis nous espérons, pouvoir, sur d'autres sujets, élucider avec leur collaboration, l'origine et la marche du processus pathologique de cet affection.

encore. Les apophyses transverses et articulaires (à droite) des vertèbres cervicales peuvent être distinguées les unes des autres, quoique quelques-unes présentent des synostoses. A droite les lames de l'axis et des autres vertèbres offrent des synostoses ou exostoses. A gauche, l'aileron de l'atlas (apophyse transverse) envoie un prolongement osseux à l'axis et toute la partie comprise entre les apophyses transverses et épineuses est comblée par du tissu osseux formant une seule masse convexe et se prolongeant jusqu'à la 3e vertèbre dorsale. Il est impossible, de ce côté, de distinguer les articulations entre elles ; c'est à peine si les apophyses transverses peuvent être reconnues, et la dimension ainsi que la position des trous de conjugaison sont absolument modifiées. La partie cervicale de la colonne, envisagée dans son ensemble, présente en outre une déviation latérale convexe à gauche, concave à droite, ce qui explique la position de l'animal (de son vivant), dont la tête était déviée à droite. Les faces internes des différentes parties des vertèbres cervicales ne paraissent pas présenter de lésions appréciables.

Vertèbres dorsales. — Ces vertèbres ne se trouvent pas dans l'axe des vertèbres cervicales; si l'on tire une ligne partant du milieu du corps de la 1re vertèbre dorsale, cette ligne vient tomber à l'extrémité gauche et externe de l'aileron (apophyse transverse) de l'atlas. Les vertèbres dorsales, considérées dans leur ensemble, paraissent au contraire être situées à peu près sur une même ligne perpendiculaire. La 1re vertèbre dorsale est à peu près complètement couverte par une exostose, qui est un peu plus épaisse à droite, l'apophyse épineuse et le corps surtout à gauche sont les seules parties qui paraissent normales ; il y a à gauche une synostose complète des articulations costo-vertébrales (1re côte), synostoses englobées dans une exostose rugueuse et irrégulière, et se prolongeant sur la côte elle-même.

Les articulations entre les 1re, 2e, 3e et 4e vertèbres sont encore visibles, du moins antérieurement, mais latéralement et postérieurement, elles sont impossibles à distinguer; les synostoses comprennent surtout à gauche les articulations costales, les apophyses épineuses, etc. Les trous de conjugaison sont à peine marqués.

De la 4e à la 10e vertèbre inclusivement, toute distinction est impossible sur la face antérieure du corps vertébral. Ce n'est que par les rapports des côtes, des trous de conjugaison et des apophyses épineuses avec ceux-ci, que l'on peut arriver avec peine à distinguer les vertèbres les unes des autres ; les exostoses sont ici beaucoup plus prononcées sur la face antérieure : elles sont mamelonnées : il y a une synostose presque généralisée de toutes les vertèbres. La plupart des côtes sont de même hyperostosées et synostosées surtout à leur extrémité postérieure. Nous noterons toutefois une exostose lamelleuse de presque toute la 10e côte droite et des exostoses superficielles et peu étendues sur un certain nombre d'apophyses épineuses. Les trous de conjugaison présentent des altérations en rapport avec les lésions du voisinage. La 11e vertèbre dorsale est relativement normale ; son disque interarticulaire avec la 10e vertèbre est ou semble normal à droite, mais à gauche, il a disparu sous une espèce de végétation tuberculeuse d'un cent. environ de diamètre, englobant de ce côté les surfaces articulaires de la 11e côte. Les 12e et 13e vertèbres sont à peu près normales, nous n'avons ici à noter qu'une synostose presque complète de la 11e vertèbre avec la 1re lombaire.

Vertèbres lombaires — Ces vertèbres ne présentent de lésions que dans l'espace compris entre les apophyses articulaires et épineuses. On trouve dans la gouttière formée par celles-ci, des exostoses peu prononcées à droite, où elles atteignent le volume d'une amande entre la 4e et 5e vertèbres ; ces exostoses, la plupart à cheval sur les apophyses articulaires sont en outre accompagnées de synostoses, soit simples, soit composées. La 7e vertèbre lombaire de même que le bassin et le sacrum sont normaux.

Le canal vertébral paraît normal dans toute sa longueur; on n'y constate aucune exostose (1).

Sur les os des membres, nous ne trouvons que deux petites exostoses au niveau des grand et petit trochanters.

Le sternum est déformé ; ses différentes pièces (13) sont encore visibles sur la face antérieure, mais sur la face postérieure presque tous les cartilages sternaux ont disparu et sont masqués soit par une ossification simple, soit par des exostoses ou hyperostoses parfois volumineuses (3e, 4e, 5e). Le troisième cartilage costal droit est presque complètement séquestré ; il n'est visible que par la face antérieure. Nous noterons encore une exostose siégeant sur le 7e cartilage costal gauche presque à l'union avec la côte.

La plupart des côtes présentent des exostoses et hyperostoses au niveau de leurs insertions articulaires postérieures et sur leur tiers postérieur.

Il existe une petite exostose sur la partie médiane de la 10e côte gauche.

Réflexions. — En résumé, synostoses et exostoses multiples de la colonne vertébrale, ayant débuté par les vertèbres, cervicales pour atteindre plus tard les vertèbres lombaires, et d'autant plus nombreuses et volumineuses que leur siège est plus élevé ou antérieur sur l'axe vertébral, A part quelques exostoses superficielles et isolées, l'on ne trouve rien sur les autres os du corps. Ces exostoses et synostoses de la colonne ont produit des déviations et un tassement de la colonne très caractéristique qui permettent même au début de faire le diagnostic de l'affection et de porter un pronostic fatal, quoique la maladie ait une évolution très lente. Nous ne saurions expliquer d'une façon positive la production de ces exostoses et synostoses multiples. Au point de vue purement anatomique, elles semblent devoir être classées parmi les ostéomes spongieux et s'être formées aux dépens de la moelle sous-périostite. Nous inclinons à croire qu'il s'agit peut-être ici d'une forme de périostite de nature indéterminée, c'est-à-dire d'un processus inflammatoire spécial et chronique (2). Nous publierons ultérieurement le résultat de l'examen histologique.

Lésions cardiaques chez un chat.

Nous présentons le *cœur* d'un *chat* âgé de 2 ans, mort le 23 mai soir, après deux jours de maladie; très coureur, il avait, les jours précédents, pratiqué des coïts nombreux avec les deux chattes de l'infirmerie des enfants, avec celle de l'infirmerie des adultes et avec celle du chauffoir. D'après les renseignements recueillis auprès des personnes du service, il aurait présenté de la dyspnée et des palpitations.

Autopsie. — *Hydrothorax.* — *Péricarde* normal. — Le *cœur*, hypertrophié, présente son plus grand diamètre dans le sens transversal. Le ventricule et l'oreillette droite sont considérablement hypertrophiés et dilatés; la cavité ventriculaire empiète sur le côté gauche, de telle sorte que la cloison interventriculaire est oblique d'avant en arrière et de droite à gauche. L'orifice auriculo-ventriculaire droit, insuffisant, se trouve situé presque en arrière de l'orifice mitral; l'orifice pulmonaire paraît rétréci. Les

(1) Nous n'avons pu constater la présence de l'os du pénis. Jusqu'ici malgré toutes nos recherches (et elles concordent avec celles faites par MM. Bourrel et Béraud), nous n'avons jamais pu constater l'existence normale de ce prétendu os chez les chats châtrés ou non.

(2) M. J.-B. Sutton (*Société pathologique de Londres,* 1er avril 1884) prétend que le rachitisme est très fréquent chez les carnivores. Selon cet auteur, la colonne vertébrale serait surtout attaquée chez les animaux pubères. — Comparer aussi ce cas avec l'observation de G.... recueillie dans le service de M. Bourneville. *Epilepsie idiopathique. — Rachitisme. — Exostoses multiples et symétriques. — Fracture du crâne et note sur les exostoses multiples,* par Dauge et Bricon *recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie*; compte rendu du service de Bicêtre de l'année 1882, p. 110-121 et 149-151).

poumons, refoulés, paraissent à peu près normaux, sauf un piqueté hémorrhagique, surtout prononcé aux lobes inférieurs. Les autres organes sont normaux.

Les lésions cardiaques trouvées à l'autopsie rendent parfaitement compte de l'asystolie mortelle.

Poulet pygomèle (quatre membres postérieurs, deux anus, etc.)

La *pygomélie*, très rare chez l'homme, est, on le sait, assez fréquente chez les oiseaux. C'est surtout chez la poule qu'elle a été observée. Le nouvel exemple que nous présentons à la Société se rattache à la première variété du genre pygomèle des monstres doubles polyméliens; les deux membres surnuméraires sont en effet situés en arrière et entre les deux pattes normales.

Le poulet qui fait l'objet de cette communication nous a été adressé par le Dr Leclerc (de Le Guâ, Charente-Inférieure). Il est âgé de 12 jours et a été tué accidentellement. Il marchait normalement et ne présentait de son vivant aucun symptôme particulier, en dehors de sa pygomélie.

Examen externe. — Les deux pattes supplémentaires possèdent un squelette osseux complet; les différentes parties sont par rapport les unes aux autres bien proportionnées, quoique moins développées que les mêmes pièces des pattes normales. Les deux fémurs sont isolés, perpendiculaires à l'axe du corps, mais contenus dans une même enveloppe tégumentaire, se continuant sans séparation jusqu'aux articulations tibio-fémorales sur la partie médiane et interne; du côté externe, cette enveloppe constitue un repli assez large qui s'étend sous forme de membrane jusque vers le tiers externe et inférieur de la jambe, maintenant celle-ci fléchie à 90° et perpendiculaire à l'axe du fémur et du corps. Les deux canons et les doigts sont complètement isolés, sont également fléchis et occupent une position presque parallèle et postérieure à la jambe.

On peut produire quelques mouvements très limités seulement dans les articulations tibio-fémorales, tibio-tarsiennes et dans celles des doigts. A travers la peau, l'on sent facilement une pièce osseuse, sur laquelle sont soudés latéralement et verticalement les deux fémurs par leur extrémité supérieure. Cette pièce, très petite, est mobile sur le bassin et située très légèrement en dehors et à gauche de la ligne médiane. Les petites plumes qui recouvrent la peau de ces membres surnuméraires ressemblent à celles des membres normaux.

De chaque côté de l'extrémité inférieure de l'abdomen, on trouve un anus à orifice perméable: l'un, le droit, est plus développé, situé à 1 centimètre de la ligne médiane; l'autre est plus rapproché des membres surnuméraires et est situé à un demi-centimètre de la ligne médiane. Les autres parties du corps paraissent normales.

Examen interne. — A la dissection, nous constatons que la pièce osseuse surnuméraire sur laquelle sont articulés les deux fémurs représente un *bassin très rudimentaire*, qui n'est rattaché au bassin normal qu'indirectement par les tissus environnants. Il est placé à gauche du sacrococcyx, fortement rejeté latéralement à droite 45° environ), entre celui-ci et la partie iliaque du bassin. L'articulation coxo-fémorale est de chaque côté rudimentaire, avec cavité cotyloïde à peine prononcée; la tête du fémur n'existe pas. Entre ces deux pseudo-articulations, ce petit bassin se termine postérieurement et inférieurement par une sorte de cône osseux qui forme corps avec lui, est replié en crochet dans l'axe des deux fémurs et semble être un sacro-coccyx embryonnaire.

Les deux membres accessoires ne sont recouverts sur toutes leurs parties que par la peau; nulle part la dissection n'y permet de reconnaître des muscles.

L'*autopsie* de la *cavité abdominale* dénote, outre l'ampliation de la cavité pelvienne à gauche, l'existence d'un *double cloaque*, dont l'un rudimentaire à gauche, et aussi d'un double rectum, double dans sa partie inférieure: celui de gauche est plus court, moins volumineux, et ne contient pas de matières, quoique perméable; celui de droite est au contraire très dilaté par des matières excrémentitielles. Comme dans le cas présenté à la *Société de biologie* par M. E. Vidal (1), il existe *trois cœcums*; deux de ces cœcums ont un orifice commun, au delà duquel ils ne se bifurquent qu'à quelques millimètres de distance.

Le foie, la vésicule biliaire, la rate, le duodénum, le pancréas, et tous les autres organes, tant de la cavité abdominale que de la cavité thoracique, sont normaux.

Nous n'avons pu constater de reins accessoires dans le bassin surnuméraire (2). Nous renvoyons pour la *bibliographie* aux ouvrages spéciaux.

Épilepsie, lésions cardiaques, communications des deux ventricules chez une chatte.

Il s'agit d'une jeune *chatte*, âgée d'environ un an, recueillie à l'atelier de menuiserie du service de M. Bourneville, à Bicêtre. On put constater qu'elle était atteinte d'*épilepsie*; les accès étaient parfois, dans les premiers mois, au nombre de trois par jour. L'accès était type (cri, clonisme, tétanisme, écume), « en tout semblable à ceux présentés par l'apprenti François », dit le maître menuisier. Les accès devinrent plus rares vers la fin de l'été de 1883, et l'animal, dont le développement paraissait jusqu'alors arrêté, grandit et grossit. On n'a pu, depuis six mois environ, noter que quelques rares accès; mais l'animal courait et n'était pas surveillé la nuit.

Durant les trois premiers mois de 1884, l'abdomen s'étant développé progressivement, on pensa à une grossesse. En avril, la chatte pouvant à peine se traîner, on me la fit voir et on me demanda pourquoi l'accouchement n'avait pas lieu. Elle présentait une dyspnée assez forte et de l'œdème des extrémités. L'abdomen, excessivement tendu, donnait la sensation de flot. On ne sentait aucun fœtus. L'avant-veille et la veille de sa mort, elle eut un accès d'épilepsie. L'œdème gagna la tête et la face. Il n'a pas été noté de cyanose de la naissance à la mort. L'auscultation n'a pas été pratiquée.

Autopsie. — Œdème généralisé. On trouve dans la cavité péritonéale deux litres et demi de liquide clair citrin; le péritoine est recouvert en certains endroits, surtout sur la face convexe du foie, de fausses membranes récentes. Les organes abdominaux paraissent normaux. La *cavité péricardique*, les *cavités pleurales* sont remplies du même liquide trouvé dans la cavité péritonéale. Les poumons, refoulés, paraissent sains.

Le *cœur* est volumineux; les deux ventricules, mais surtout le droit, sont hypertrophiés. Les valvules sont normales. Toutefois, la valvule aortique droite est plus petite que les autres, son bord libre droit fenêtré. Au-dessous d'elle, partant de son tiers droit à son extrémité gauche, se trouve *une ouverture semi-lunaire à bords lisses, faisant communiquer le ventricule gauche avec le droit*. Cette ouverture se continue jusque vers la moitié de la valvule postérieure; ses bords sont musculaires; elle siège exactement à l'endroit occupé à l'état normal par le septum membraneux, c'est-à-dire entre la valvule droite et la valvule postérieure. Nous notons qu'il existe une partie membraneuse située au-dessous de la moitié gauche de la valvule postérieure, et que, par suite, l'insertion de la valvule mitrale antérieure est rejetée un peu à gauche et ne se continue pas directement avec la valvule aortique postérieure. Vue du côté du ventricule droit, cette ouverture forme canal partant du lieu occupé par le septum membraneux pour se terminer au tiers gauche et antérieur de la valvule antérieure de la tricuspide à la base du cône artériel pulmonaire. Les muscles papillaires de l'orifice auriculo-ventri-

(1) Emile Vidal et Arm. G[illegible]ubeaux. — *Description d'une poule monstrueuse appartenant au genre pygomèle* (*C. R. de la société de Biologie*. 3e série, t. III, p. 11 et 95, 1862).

(2) Voir O. Larcher. — *Mélanges de pathologie comparée et de tératologie*. Paris 1878 p. 5-24. (*Note pour servir à l'histoire de la pygomélie chez les oiseaux*.)

culaire droit sont très développés et hypertrophiés. La cavité ventriculaire droite paraît rétrécie. L'orifice pulmonaire est rétréci d'une façon très évidente, ainsi que le cône pulmonaire. Les autres orifices sont normaux; le trou de Botal est oblitéré. La cloison interventriculaire paraît diminuée dans le diamètre antéro-postérieur, au niveau du septum antérieur, qui proémine dans le ventricule droit comme s'il avait subi une pression d'avant en arrière. Les gros vaisseaux semblent occuper leur position naturelle: toutefois, au-dessus de la communication, l'aorte en ce point (et c'est le seul) est un peu déviée à droite, et une ligne droite tirée de l'interstice valvulaire vient tomber presque sur la paroi droite du septum interventriculaire droit.

Réflexions. — On sait que de nombreuses théories ont été émises pour expliquer l'origine des communications interventriculaires du cœur. Cette question semble avoir été résolue définitivement par les travaux de M. Rokitansky (1). Les anomalies du genre de celles qui nous occupent ne peuvent se produire que si le septum du tronc commun artériel n'a pas pris son origine à sa place normale et s'il a subi un déplacement, qui empêche alors sa réunion au septum interventriculaire. Dans certains cas, on peut même voir non pas une lacune, mais une sorte de gouttière oblique dont les parois sont formées par les deux septums, l'un ayant continué à croître au delà de la partie avec laquelle il devait se réunir.

Mais ordinairement, et c'est ici le cas, on ne constate qu'une perte apparente de substance de la cloison, donnant lieu à une communication qui siége réellement à la partie postérieure du septum antérieur. En effet, la partie moyenne du septum ou septum membraneux ne saurait être mise en cause; la lésion ne semble exister à son niveau que par suite de la torsion et de la déviation à droite de l'orifice aortique, déviation que nous devons évaluer dans notre cas à la longueur d'une demi-valvule environ. Le fait est rendu très évident par la présence de l'espace membraneux au-dessous de la moitié gauche de la valvule postérieure de l'aorte. Si la plupart des auteurs admettent la plus grande fréquence des communications interventriculaires au niveau du septum membraneux, ceci n'est dû qu'au lieu apparent de ces perforations, à ce qu'ils n'avaient pas saisi leur pathogénie et à ce que le septum membraneux déplacé échappait à leurs recherches (2).

Pour nous résumer, nous dirons que chez notre chatte la perforation siégeait à la partie postérieure du septum antérieur interventriculaire: qu'elle est due, comme l'a si bien expliqué M. Rokitansky, à une anomalie de développement (erreur de lieu de formation), s'accompagnant, comme il arrive souvent, d'anomalies concomitantes, telles que rétrécissement du cône artériel pulmonaire et de l'orifice aortique (3). P. B.

(1) V. Rokitanski. — *Die Defecte der Scheidewände d. Herzens* avec 50 pl., gr. in-4, 1876.

(2) En ce qui concerne l'étiologie des autres communications entre les diverses cavités cardiaques, nous renvoyons à l'ouvrage de M. Rokitanski. Ceux de nos lecteurs qui voudraient faire des recherches historiques au sujet de ces communications consulteront avec fruit les ouvrages du Dr Da Costa Alvarenga sur cette question (*Anatomie pathologique et pathogénie des communications entre les cavités droites et les cavités gauches du cœur*, trad. française de Bertherand, Marseille, 1872, etc.), les *Traités d'anatomie pathologique*, de Orth, de Lancereaux, etc. — Nous avons naturellement passé sous silence les perforations qui peuvent rarement être attribuées à des lésions matérielles, telles que les anévrysmes de la cloison membraneuse, etc.

(3) Communications faites à la Société anatomique le 25 juillet 1884.

Nouveau journal. — Nous recevons le troisième numéro d'*El defensor del Praticante*, journal de chirurgie paraissant à Madrid sous la direction de M. Cordero Alanso, les 8 et 24 de chaque mois.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Du pneumococcus (1).

Dans un précédent *Bulletin* (2) nous avons donné un court aperçu historique du parasite de la pneumonie franche; nous avons montré que cette affection avait été attribuée à des parasites souvent de forme différente, etc. Nous avons terminé en fournissant à nos lecteurs des renseignements sur le microbe décrit par M. Friedländer. Depuis cette époque, la plupart des travaux publiés sur ce sujet ont confirmé les recherches de cet auteur; nous allons rapidement les passer en revue (3).

Les principales objections faites à la spécificité du microbe de M. Friedländer sont de diverse nature. On a argué de l'existence d'une capsule chez d'autres micrococcus, de l'absence de capsule chez des micrococcus rencontrés dans la pneumonie franche, de la présence du microbe prétendu spécifique dans les crachats d'individus sains, ou de leur absence dans ceux des pneumoniques.

Tous ces faits, exacts en eux-mêmes, ne font que confirmer ce qui est déjà connu : 1° l'existence de capsule chez d'autres micrococci ; 2° l'absence de la capsule, due, soit au stade de la pneumonie pendant lequel les recherches ont été faites, soit à ce que les procédés de technique employés n'ont pas été exactement les mêmes que ceux qui ont été indiqués par M. Friedländer ; 3° le fait que la présence d'un micrococcus quelconque ne suffit pas pour déterminer la maladie, si le terrain, etc., font défaut ; 4° cet autre fait que les crachats ne contiennent pas nécessairement les organismes causes des maladies pulmonaires.

On a encore contesté la valeur spécifique de la culture en forme de clou du microbe de Friedländer en se basant sur ce que cette forme ne serait que le résultat de la technique employée pour l'ensemencement de la gélatine. Nous ferons simplement observer que, s'il en était ainsi, cette forme devrait se rencontrer presque toujours, étant donné que le procédé d'ensemencement est toujours, à peu de chose près, pratiqué de la même façon.

Comme l'a dit du reste M. Friedländer, à diverses reprises, la capsule, la forme en clou, ne sont pas absolument caractéristiques, mais il en est ici de même

(1) Voir *Progrès médical*, 8 et 15 décembre 1883.

(2) Dans notre premier bulletin nous avons omis de citer MM. Marchiafava, qui aurait constaté la présence des monades de Klebs dans l'exsudat alvéolaire des foyers pneumoniques, dans l'endocardite qui accompagne la pneumonie et dans le liquide trouble obtenu par pression des papilles rénales sur les cadavres très frais; Aufrecht qui, dans deux cas de pneumonie, trouva dans le sang (à l'autopsie) des bactéries et des micrococcus; enfin Ziehl qui dans son premier mémoire décrivait un micrococcus sans capsule (Marchiafava, in *Instituzioni di anatomia patologia* de Corrado Tommasi-Crudeli, t. I, p. 136, Turin, 1882. — Aufrecht. *Patholog. Mittheilungen*. I. Magdeburg, 1881, in *observations anatomo-pathologiques recueillies dans le service d'autopsie de Liége* par Firket, par 65. — Ziehl. *Ueber das Vorkommen der Pneumoniekokken in pneumonischen Sputum* (*Centralbl. f. D. med. Wissensch.*, 1883, n° 25, p. 135.)

(3) Nous avions l'intention de dire quelques mots des épidémies de pneumonie relatées par différents medecins, surtout des épidémies de maison qui nous paraissent les plus importantes, mais nous ne saurions qu'ajouter quelques mots à l'ouvrage de M. G. Sée. *Des maladies spécifiques (non tuberculeuses) du poumon*, 1885, p. 101, et à l'article revue de M. Barth (*Revue des sciences médicales* de Hayem, octobre 1884, p. 740,) récemment parus ; nous y renvoyons nos lecteurs.

que pour bien d'autres choses en médecine, la spécificité réside plutôt dans un ensemble de phénomènes qui n'ont de valeur qu'autant qu'ils forment une chaine ininterrompue. Toutefois, la capsule est, du moins jusqu'à présent, une probabilité de plus qui vient confirmer ou infirmer le diagnostic déjà porté d'après les symptômes cliniques; clinique et anatomie pathologique s'aident mutuellement et l'on aurait tort de rejeter dès l'abord tout signe qui peut venir en aide à l'une ou à l'autre. Si les recherches ultérieures ne peuvent encore être faites par le clinicien, faute du temps que nécessitent ces opérations délicates, elles peuvent dès maintenant être pratiquées dans les laboratoires d'anatomie et de physiologie annexés à tout service de clinique.

Le microbe capsulé n'est peut-être qu'un artifice de préparation, mais sa valeur diagnostique n'en est pas moins réelle quand on constate sa présence dans des circonstances données, et jusqu'à ce que, comme pour d'autres bacilles spécifiques (tuberculose), on ait prouvé que les propriétés dont il jouit lui sont communes dans les mêmes conditions avec d'autres microbes. Si l'existence de la capsule enveloppante est discutée, la forme (elliptique) l'est beaucoup moins : la généralité des auteurs sont d'accord, malgré les comparaisons quelquefois diverses auxquelles ils ont eu recours pour désigner le pneumococcus, mais ici nous devons dire qu'il est souvent bien difficile de différencier les micrococcus les uns des autres seulement par leur forme. Les nuances sont délicates à saisir, et la description s'en ressent forcément. Nous verrons plus loin que bien d'autres contradictions apparentes ressortent aussi des travaux que nous aurons à citer, non seulement sur les points dont nous venons de parler, mais encore au sujet des inoculations, etc. (1).

Avant de parler des travaux parus depuis la communication de M. Friedländer (19 nov. 1883) nous croyons d'abord devoir citer le paragraphe que M. Friedländer consacre au *microbe de la pneumonie* dans la seconde édition de sa *Technique microscopique* (2).

« Il est reconnu, dit-il, que le micrococcus de la pneumonie fibrineuse possède une structure particulière, une capsule qui se décèle clairement par la coloration des préparations sèches au moyen de violet de gentiane ou de la fuschine. Les capsules sont colorées plus faiblement que le coccus lui-même, leurs contours sont ordinairement très nettement limités. Il est encore douteux que cette structure particulière puisse être utilisée pour le diagnostic, quoique déjà plusieurs observateurs aient fait des recherches qui parlent dans ce sens. Cependant l'on rencontre de temps de temps dans les crachats, sans qu'il y ait de pneumonie, des micrococcus à capsule. Mais si un examen réitéré ne montre que des espaces incolores autour du micrococcus, cette constatation est de faible importance, car les capsules des pneumococcus sont en effet colorables. »

En 1883, M. G. M. Giles constatait dans le sang et les crachats de soldats atteints de pneumonie pendant le cours d'une de ces épidémies fréquentes aux Indes anglaises, des micrococcus (1) asssez analogues à ceux décrits par M. Klebs (2). Il a pu les voir sous forme d'embolies dans les capillaires pulmonaires et aurait obtenu des résultats positifs par l'inoculation sur les lapins.

Quelques semaines après la communication de M. Friedländer, M. Ziehl, assistant du professeur Erb (d'Heidelberg), qui, en 1883 avait déjà constaté la présence de pneumococcus (sans capsule) dans les crachats de deux malades atteints de pneumonie fibrineuse franche, publie une nouvelle note (3) dans laquelle il prétend, contrairement à ce que M. Friedländer a avancé, que les coccus avec capsules se rencontrent facilement dans les crachats pneumoniques; jamais chez les malades atteints de phtisie ou de bronchite on ne trouverait de capsules de la netteté et de la largeur de celles des pneumococcus.

Les affirmations de l'auteur ne laissent pas que de prêter à la critique, car, quoiqu'il dise que le nombre des micrococcus est considérable dans les crachats examinés par lui, il est possible de se demander en l'absence de cultures et d'inoculations, s'il a eu réellement affaire au pneumococcus.

Nous ne reviendrons pas sur le travail de M. Talamon (4) publié dans ce journal. Nous rappellerons seulement que par certains côtés, le micrococcus lancéolé, décrit par notre collaborateur, peut être rapproché du pneumococcus des autres auteurs, mais qu'il en diffère principalement par l'absence de capsule, et que, de plus, les inoculations sur les lapins ont donné des résultats positifs.

Citons encore, en France, les recherches faites par M. Afanassiew (5), au laboratoire de M. Cornil. Outre un microbe ovoïde sans capsule analogue à celui de M. Friedländer, il a observé deux autres microbes arrondis dont les inoculations ont été négatives.

Il résulterait de ce travail : 1° que « la pneumonie est due à l'action de plusieurs microbes très variés les uns des autres en ce qui concerne leur forme et leur dimension » ; 2° « Que leurs propriétés pathogéniques ne seraient pas très grandes en ce sens que les animaux bien portants leur résistent efficacement et guérissent » ; 3° « Que leur développement est favorisé par la débilitation de l'organisme, le refroidissement, etc. » Ces conclusions soulèvent à nouveau la question encore si controversée par quelques auteurs de la fixité de l'espèce chez les parasites inférieurs, et donnent une explication satisfaisante du mode de propagation de la maladie et de la résistance de l'organisme à son action.

M. Emmerich (6) attribue les épidémies annuelles du

(1) On doit dire du reste que la hâte avec laquelle certaines recherches sont faites ne permet pas au lecteur de se rendre un compte suffisant d'observations incomplètes par le défaut de détails, l'absence de planches, etc. — On ne saurait du reste trop se garder en microbiologie de conclusions hâtives; nous avons le regret de voir beaucoup de médecins compromettre peut-être une doctrine excellente et sortir de la réserve observée depuis nombre d'années en Allemagne où cette doctrine est presque universellement enseignée par la plupart des anatomo-pathologistes.

(2) Friedländer. — *Miscroscopische Technich zum Gebrauch bei med. u. path. — anat. Untersuchungen*. Berlin, 1884, p. 100.

(1) G. M. Giles. — *On the pathogenesis of pneumonia* (*British. med. Journal*. 1883. n° 117, p. 10-11.)

(2) Voir *Progrès médical*, n° 49, 1883, p. 1990.

(3) Ziehl. — *Ueber den Nachweis der Pneumoniekokken in Sputum* (*Centralblatt f. d. med. Wissenschaften*, n° 7, 16 février 1884).

(4) Voir *Progrès médical*, 22 décembre 1883.

(5) *Société de biologie*, séance du 31 mai 1884. Voir pour plus de détails : Cornil. *Leçons professées pendant le premier semestre de l'année* 1883-84, Paris, 1884, p. 117.

(6) R. Emmerich. — *Pneumoniecoccen in der Zwischendecken. — Füllung als Ursache einer Pneumonie-Epidemie* (*Fortschritte der Medicin*, n° 5, p. 153, 1884).

pénitencier d'Amberg (Haut-Palatinat), à la présence du pneumococcus dans les matières des intervalles des poutres des planchers des dortoirs, faits confirmés par des cultures et les inoculations. Sans nier les résultats obtenus par l'auteur, on peut dire que ces faits ne s'accordent guère avec la courte durée de la vie du microbe de la pneumonie, du moins à l'état adulte, c'est-à-dire capsulé.

M. Purjesc (de Klausenbourg) (1) prétend avoir rencontré le pneumococcus dans les crachats d'individus non atteints de pneumonie et ne pas les avoir toujours trouvés dans les crachats de pneumoniques. Il n'admet pas la nature infectieuse de cette affection qui, pour lui, serait en relation avec le niveau de la nappe d'eau souterraine. Il rejette également la pneumonie *a frigore*. Que l'on rencontre le pneumococcus ou un parasite analogue dans les crachats d'individus sains, il n'y a rien là qui doive nous surprendre ; on sait combien nombreux sont les microbes avec lesquels nous nous trouvons en contact, sans que pour cela nous soyons atteints des affections qu'ils peuvent déterminer ; il y a là une question de porte d'entrée et de terrain.

M. A. Nielsen (2) a trouvé dans six cas de pneumonie un micrococcus semblable à celui de M. Friedländer ; il s'y trouvait en grande quantité. Sur une centaine d'examens de crachats divers il n'a pu le rencontrer dans ceux de ces six pneumonies. En Italie, M. E. Targioni (3) dit avoir vu dans presque tous les crachats de pneumoniques un micrococcus qu'il rapproche peut-être à tort de ceux décrits par les précédents auteurs, car il n'en donne qu'une description sommaire ; en tous cas, les résultats de ses expériences sur les animaux (cobayes, lapins) sont entièrement négatifs (4).

MM. J. Poels (vétérinaire) et W. Nolen (médecin à Rotterdam) ont décrit dans la péri-pneumonie du bœuf un micrococcus à capsule semblable à celui de M. Friedländer, dans la pneumonie humaine. Leurs cultures simultanées, sous les mêmes conditions, du micrococcus des deux affections, leur ont permis de confirmer leur identité (5) (cultures en forme de clou, etc.), ce que sont encore venues appuyer les inoculations positives faites par eux sur les animaux.

Les recherches de ces observateurs viennent ainsi confirmer les observations de M. Wiedenmann (6) relatives à des cas de pneumonie humaine dus à la contagion de la pleuro-pneumonie. Nous rappellerons aussi que M. Charrin a observé, dans le sang de la pneumonie disséquante de l'homme, un micrococcus arrondi, mobile, isolé le plus souvent, ou groupé deux à deux (diplococcus) (1).

Nous terminerons cette étude dans le prochain numéro.

P. Bricon.

(1) Purjesc. — *Communication à la Société médicale de Buda-Pesth* (*Deutsches Archiv. f. klin. Med.*, XXXV. p. 301).

(2) A. Nielsen. — *Om Mikrober i Expectoratet fra den krupôse Pneumonie* (*Hospitals-Tidende* (Copenhague) n° 14, 1884). D'après *D. med. Zeitung*, 31 juillet 1884.

(3) Targioni. — *Ricerche sulla natura della pneumonite cruposa* (*Lo sperimentale*, février 1884).

(4) Poels et Nolen. — *Die Mikrokokken der Pneumonie des Menschem und der Lungenseuche der Rinder* (*Centrabl. f. d. med. Wissenschaften*, 1er mars 1884, n° 9, p. 129.)

(5) On sait que cette identité a souvent été admise (Friedberger), mais qu'elle est encore niée par quelques auteurs modernes (Becker, etc.) ; L'épidémie du Pendjab relatée par M. Costello (1881) semblerait confirmer l'opinion des identistes.

(6) Wiedenmann. — *Beitrag zur Kenntniss der Aetiologie der Pneumonie* (*Deutsches Archiv. f. klin. Medicin*, t. XXV, H. 4 et 5.)

(1) Hutinel et Proust. — *Etude sur la pneumonie disséquante* (*Archives générales de médecine*, 1882, p. 538.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 9 février 1885.

M. Aug. Charpentier apporte des observations démontrant que la loi psycho-physique n'est pas vraie pour l'œil, dans les conditions où s'exerce la vision. Avec des éclairages moyens, tout comme avec des éclairages faibles, la fraction différentielle varie suivant l'intensité lumineuse du fond observé : elle augmente quand l'éclairage diminue, et elle diminue quand l'éclairage augmente. En d'autres termes, la perception des différences de clarté est d'autant meilleure que l'éclairage est plus fort.

M. G. Pouchet continue ses recherches sur les modifications qui se produisent dans la composition chimique de certaines humeurs, sous l'influence du choléra épidémique. L'urine émise pendant la période de réaction présente une augmentation des matières organiques, notamment de l'urée, et une diminution des sels minéraux, portant en particulier sur le chlorure de sodium. Parmi les substances n'existant pas normalement dans l'urine, M. Pouchet a trouvé des sels biliaires, de l'albumine, du glucose et une substance albuminoïde rappelant l'abuminose de Baylon. Le sérum du sang présente les réactions chimiques et spectroscopiques des pigments biliaires : il renferme aussi des sels biliaires. En présence de ces résultats, M. G. Pouchet admet que le choléra asiatique est caractérisé par des processus de réduction très intenses, contre lesquels pourraient être employées avec succès les substances exagérant les combustions dans l'organisme. Cependant les essais entrepris avec l'eau chargée d'oxygène et avec l'eau oxygénée n'ont pas confirmé cette interprétation.

M. Grasset envoie les résultats de ses expériences sur l'action de la cocaïne : 1° la cocaïne produit, chez le singe, de violentes attaques convulsives ; 2° le chloral est antagoniste de la cocaïne, tant au point de vue excito-moteur qu'au point de vue thermique ; 3° l'action thermique de la cocaïne ne paraît pas être la même chez le singe et chez le chien ; 4° l'antipyrine ne paraît pas être antagoniste de la cocaïne au point de vue thermique.

M. G. Sée et Bochefontaine ont étudié l'action physiologique du sulfate de cinchonamine : cette substance, provenant d'une plante de la famille des Rubiacées, la *Remigia purdiana*, est d'une toxicité remarquable. Ses effets sont les suivants : 1° affaiblissement progressif des propriétés physiologiques du système nerveux central ; 2° phénomènes convulsifs mal déterminés chez les mammifères seulement ; 3° affaiblissement et ralentissement des battements du cœur : 4° avec des doses massives, toxiques, mort rapide par arrêt diastolique du cœur, chez les batraciens aussi bien que chez les mammifères : 5° l'atropine est impuissante à rétablir les mouvements du cœur abolis par la cinchonamine ; 6° l'énergie toxique du sulfate de cinchonamine est environ six fois plus grande que celle de la quinine, de la cinchonidine et de la cinchonine.

M. Tayon a cultivé chez différents animaux le microbe de la fièvre typhoïde qu'il a fait connaître l'an passé. L'inoculation, pour être rapide, doit être faite dans le péritoine. Après la mort des animaux inoculés par ce procédé, on retrouve dans la sérosité péritonéale une grande quantité de microbes typhiques très virulents. Vingt-quatre heures après l'inoculation, M. Tayon a vu apparaître chez le chien des taches rosées lenticulaires analogues à celles que l'on

observe chez l'homme. Le porc domestique est absolument réfractaire à ces inoculations.

M. Arloing a cherché à déterminer l'influence de la lumière sur la végétation et les propriétés pathogènes du *bacillus anthracis*. — L'absence ou la présence de la lumière artificielle blanche ou colorée n'imprime pas de différences profondes à la végétation : cependant la sporulation est plus rapide et plus abondante à l'obscurité et dans les rayons les moins réfrangibles du spectre. Quant aux propriétés pathogènes, elles restent intactes sous les rayons calorifiques et elles sont plutôt accrues qu'amoindries sous les rayons acténiques.

M. Koubassof a constaté chez 17 fœtus de cobayes le passage de la bactéridie charbonneuse de la mère au fœtus.

M. Bourceret, grâce à un procédé nouveau d'injection des veines permettant l'injection des plus fines ramifications, a pu étudier d'une façon très complète la circulation veineuse du pied. Contrairement aux descriptions classiques d'après lesquelles les veines sont toujours placées dans les points où la compression est moindre, M. Bourceret montre que la circulation veineuse est plus abondante à la face plantaire qu'à la face dorsale du pied. Ces vaisseaux, incrustés à la face profonde du derme, sont emprisonnés dans une membrane fibreuse qui limite leur distension; cette couche vasculaire est enlevée avec la peau; c'est pourquoi elle n'avait pas été remarquée jusqu'ici dans les dissections. Paul Loye.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 14 février 1885. — Présidence de M. d'Arsonval.

MM. Galippe et Bourquelot, désireux d'obtenir, pour continuer des recherches entreprises, la *stérilisation des liquides organiques*, se sont adressés aux filtres en terre poreuse. Ils ont particulièrement expérimenté le filtre Chamberland, qui ne leur a pas donné les résultats qu'ils espéraient, les liquides filtrés n'ayant pas été stérilisés.

M. Strauss demande s'ils se sont véritablement servis de filtres Chamberland bien fabriqués et non de filtres ordinaires construits sur le même modèle.

M. Galippe répond qu'il a employé successivement douze filtres portant la marque de fabrique usitée en pareils cas.

Revenant sur une précédente communication pour la compléter, M. Galippe dit, qu'étant donné que les dents sont plus denses à droite qu'à gauche, ce sont ces dernières qui doivent être le plus sujettes à la carie: ce qu'il a du reste vérifié un grand nombre de fois.

M. Œschner de Coninck a réalisé la synthèse d'un alcaloïde très voisin de celui que MM. Gautier et Etard ont retiré des produits de la putréfaction animale. Cet alcaloïde est un dihydrure pyridique. L'auteur a aussi exécuté la synthèse d'une base isomérique avec la cicutine dont l'action physiologique est presque identique à celle-ci. M. de Coninck montre enfin que les hydrures de la série quinoléique devront être le point de départ de la synthèse des alcaloïdes fixes (quinine, cinchonine, brucine, etc.).

M. Rabuteau, auquel M. de Coninck donne des détails circonstanciés sur la façon de réaliser les bases qu'il présente à la Société, pense que, grâce à des recherches analogues, on pourra bientôt et de toutes pièces fabriquer les alcaloïdes les plus usités en thérapeutique.

M. R. Dubois dit que, dans une note précédente, M. Charpentier lui a reproché de ne pas considérer la cocaïne comme un anesthésique. M. Charpentier aura mal interprété ce qu'il a dit, car la cocaïne est véritablement un anesthésique local, mais elle n'agit nullement à la façon des anesthésiques généraux, le chloroforme en particulier, dont elle retarderait plutôt les effets lorsqu'elle est employée d'une façon parallèle.

M. Rabuteau regrette d'avoir été si longtemps absent de la Société, car il n'aurait pas laissé dire que la cocaïne était un médicament nouveau dont nous sommes redevables à l'étranger. Si l'on voulait se donner la peine de faire complètement la bibliographie française de la question, au lieu de perdre un temps précieux à analyser les moindres opuscules étrangers, on verrait que, même avant 1870, les propriétés de la cocaïne étaient connues en France. Cet historique est du reste imprimé depuis l[o]n[g] temps dans le livre de l'auteur. En 1872, M. Laborde a parfaitement montré les effets toxiques du médicament, et M. Demarnes, dans sa thèse, a signalé ses propriétés anesthésiques.

Revenant sur une précédente communication de M. Dubois, l'auteur n'admet pas la théorie de ce dernier, dans laquelle, les phénomènes d'anesthésie, de retard ou de cessation complète de la germination des graines seraient dus à la déshydratation de ces graines et au remplacement de l'eau de constitution par les vapeurs des éthers. Ceux-ci sont tous toxiques, le chloroforme y compris, et c'est par cette toxicité propre qu'ils agissent.

Il s'élève une discussion à ce propos, au cours de laquelle M. Dubois offre à M. Rabuteau de lui montrer des expériences qui, ainsi qu'il l'espère, entraîneront sa conviction.

MM. P. Loye et Brouardel ont fait des recherches sur les propriétés physiologiques de la *thalline*. Cette substance, recommandée comme agent antipyrétique, a la même action que la kaïrine: elle détruit l'hémoglobine du sang, en donnant à ce dernier une couleur brun chocolat. Il importe donc de faire les mêmes réserves sur son emploi thérapeutique. L'antipyrine, au contraire, n'altère pas l'hémoglobine: elle empêche le sang de se putréfier. De plus, elle arrête complètement la germination des graines de cresson alénois: la kaïrine retarde l'apparition des germes. L'antipyrine ralentit la fermentation de la levure de bière, la kaïrine paraît être sans influence sur ce phénomène. De plus, tandis qu'on peut, chez un animal sain, abaisser promptement la température avec la kaïrine, on n'obtient rien avec l'antipyrine. Pour que celle-ci amène une dépression thermique, il semble nécessaire que l'organisme se trouve dans un état fébrile particulier.

M. Laborde dit que la formule de l'antipyrine envoyée d'Allemagne est fausse et que jusqu'ici nous n'avons pu fabriquer cette substance. Comme il est impossible de contrôler par là même la pureté du médicament, il est donc à craindre que nous nous soyions trouvé en présence d'échantillons falsifiés dont il est partant difficile d'apprécier les propriétés physiologiques.

M. Rabuteau dit que, pour sa part, il aimerait mieux aller se promener à Bellevue ou à Meudon que d'expérimenter l'antipyrine, dont il ne connaît pas la composition.

M. Hénocque, après avoir fait remarquer qu'on avait fait des études assez sérieuses et assez prolongées pour être définitivement fixé sur l'action de l'antipyrine, et que, bien qu'on ignore exactement sa formule chimique, ce sont les résultats constants de ces expériences elles-mêmes qui ont permis de reconnaître ses falsifications, pense que, dans la circonstance, les chimistes, au lieu d'aller se promener comme le veut M. Rabuteau, feraient beaucoup mieux d'imiter l'exemple des physiologistes et de chercher, par l'analyse, la synthèse de l'antipyrine.

M. Pozzi présente deux tracés sphymographiques représentant son propre pouls, pris en ballon, à une hauteur de 2.500 mètres, et au niveau du lac de Genève. Le premier se caractérise par une ligne d'ascension brusque, un petit plateau, une descente rapide et un dicrotisme très accentué. Comparé au second, on note une diminution de pression artérielle. Ces tracés qui, suivant l'auteur, sont uniques, sont plus démonstratifs que ceux que l'on peut prendre après avoir gravi une montagne élevée, car il vient s'ajouter, dans cette dernière circonstance, une foule de conditions secondaires nuisibles à l'expérience. Ils ont en outre été obtenus au bout de deux heures d'ascension, alors que toute émotion avait disparu et que les aéronautes étaient dans le calme physique et moral le plus complet.

Gilles de la Tourette.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 17 février 1885.— PRÉSIDENCE DE M. BERGERON.

M. DESNOS fait une communication sur la *paraldéhyde.* — La paraldéhyde est un hypnotique qui, malgré quelques inconvénients, mérite d'occuper en thérapeutique, une place importante entre l'opium et le chloral. Si elle est moins anesthésique que ce dernier, elle présente sur lui la supériorité de ne pas porter atteinte aux fonctions du cœur, à moins que les doses ne soient exagérées. Aussi, doit-elle être préférée chez ceux qui sont sous le coup de lésions cardiaques, de surcharge graisseuse du cœur, de débilité profonde. Elle peut être employée dans les maladies fébriles, sans que la fièvre en soit fâcheusement modifiée. D'après M. C. Paul, la paraldéhyde peut être employée pour soustraire les morphiomanes à l'abus de la morphine. Selon MM. Dujardin-Beaumetz et Coudray, ce médicament serait le véritable antidote de la noix vomique ou de la strychnine. Récemment, enfin, en Italie, un cas de tétanos traité par la paraldéhyde aurait parfaitement guéri.

M. LAGNEAU fait une communication sur la discussion actuellement pendante devant l'Académie, la *Dépopulation de la France*, et vient répondre aux divers orateurs qui ont déjà traité cette question. Les difficultés apportées aux mariages tiennent aux frais de tous ordres nécessités pour la célébration de ces mariages. Aussi, il faudrait simplifier ces formalités, principalement pour les étrangers. Il conviendrait également de protéger la jeune fille jusqu'à l'âge de 21 ans : de favoriser les femmes afin qu'elles puissent accoucher incognito et donner des secours aussi larges que possible aux mères nécessiteuses qui voudraient continuer à élever leurs enfants, etc.

M. LE FORT accepte la rectification que M. Lunier a faite dans la précédente séance, des chiffres qu'il avait donnés comme représentant la totalité de la population française en 1872. Malgré tout, notre situation, au point de vue de l'augmentation de la population, loin de s'aggraver, est pour la période presque décennale 1872-1881, meilleure qu'elle ne l'a jamais été depuis 1846.

M. PROUST lit une note de M. PAMARD (d'Avignon), relativement à la présence de l'*ozone* contenue dans l'air et à la *marche du choléra*, lors de la dernière épidémie. Malgré les assertions qui ont été produites à cet égard, M. Pamard est d'avis qu'on ne doit établir aucune relation entre l'ozone et la marche du choléra. A. J.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 13 février 1885. — PRÉSIDENCE DE M. GUYOT.

M. LETULLE lit une note sur l'*orchite goutteuse*; il rappelle que cette localisation de la goutte avait été déjà signalée par Hunter et Gendrin. Ce dernier auteur a même observé l'existence de dépôts tophacés dans le testicule: M. Bouchard a vu également deux fois l'orchite goutteuse, à la suite d'écoulement uréthral de même nature (ralentissement de la nutrition).

M. RENDU dit que le cas de M. Gendrin ne mérite pas le nom d'*orchite goutteuse* : ce qui est spécial, ce sont les fluxions testiculaires goutteuses. Il lit une lettre de M. Lathil rapportant une observation semblable à celles que MM. Guyot et Millard ont citées.

M. VALLIN a reçu de Besançon une observation analogue à la précédente.

M. BERNUTZ demande l'honorariat : renvoi de la lettre au conseil de famille.

M. ALMAGRAN (d'Orléans) envoie une observation de guérison de la sciatique par le chlorure de méthyle.

M. TROISIER offre un très beau portrait de Beau, ancien président de la Société médicale des hôpitaux.

M. MARTINEAU offre, de la part de son interne, M. Latouche, une brochure sur le *chancre non infectant*. A ce propos, il indique les bons effets obtenus à l'aide du thermocautère.

M. DEBOVE fait une communication sur la *fièvre hystérique* : il s'agit d'une femme de vingt-quatre ans que l'auteur observe depuis cinq ans et qui a présenté une foule de manifestations hystériques. La fièvre, d'abord modérée, n'a pas tardé à prendre des allures intermittentes qui ont fait administrer la quinine, d'ailleurs sans aucun succès. Le thermomètre s'élevait parfois jusqu'à 40°. On pouvait penser à une tuberculose latente, rien n'est venu confirmer cette hypothèse. C'était donc une fièvre hystérique ; M. Millard, qui fut appelé en consultation, arriva au même diagnostic. Du reste, la physiologie pas plus que la clinique ne permettent de refuser à l'hystérie le pouvoir d'élever la température du corps. M. Debove s'étant mis à l'abri de toutes les causes d'erreur, la *fièvre hystérique* doit obtenir droit de cité dans les livres classiques.

M. STRAUS fait une communication sur la *transmissibilité de la tuberculose par la vaccine*. Depuis dix-huit mois, il a observé dans son service cinq phtisiques revaccinés avec succès. Le contenu des pustules vaccinales n'offrait pas de *bacilles* ; l'inoculation dans la chambre antérieure des lapins a été également *absolument négative.* Ces cinq cas négatifs sont confirmatifs des quatre cas de M. Lothar Meier (Berlin). M. Chauveau (de Lyon), poursuivant les mêmes recherches, est arrivé au même résultat. Soit en tout *vingt-deux faits négatifs* en regard *d'un seul* fait positif de M. Toussaint. On conçoit toute la gravité de cette question et toute l'importance qu'il y avait à réfuter l'opinion de M. Toussaint. On peut donc conclure que la tuberculose n'est pas *transmissible* par la vaccination ; d'ailleurs, l'âge des vaccinifères à lui seul serait une garantie. Quant aux veaux vaccinifères, ils sont encore plus rarement tuberculeux que les enfants.

M. VALLIN ne partage pas complètement la confiance de M. Straus ; car on prend assez souvent dans l'armée du vaccin chez des adultes qui peuvent être tuberculeux.

M. VAILLARD a inoculé la lymphe vaccinale de certains tuberculeux sans plus de succès que M. Straus. (Quatre nouveaux cas négatifs, ce qui fait un total de vingt-six).

M. DESNOS a observé un malade qui offrait plusieurs des signes de la paralysie générale, et un soupçon de syphilis. A l'autopsie, plaque de sclérose sur le lobe frontal gauche avec quelques tubercules au voisinage ; il y avait aussi quelques foyers de méningite. M. Rémy a constaté au microscope les caractères des gommes syphilitiques.

M. RENDU présente un *anévrysme de l'aorte* avec oblitération complète de la sous-clavière et de la carotide gauche. Pendant la vie, il n'y avait de pouls ni dans la carotide, ni dans le domaine de la sous-clavière gauche. A l'autopsie, symphyse cardiaque, anévrysme énorme de l'aorte, quoiqu'il n'y eût pas de signes directs pendant la vie.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ rapporte un cas de guérison de bronchite pseudo-membraneuse (diphthérie) par les fumigations avec parties égales de goudron de houille et de térébenthine. L'enfant, âgée de quatre ans, qui était dans un état désespéré, a rendu de fausses membranes noires. Cette méthode n'est pas dangereuse, elle peut être favorable. On respire facilement dans cette atmosphère noire et *noircissante.*

M. FÉRÉOL ne doute pas que cette fumée ne puisse pénétrer dans les dernières ramifications bronchiques, puisqu'elle pénètre dans les armoires les mieux fermées.

J. COMBY.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 18 février 1885. — PRÉSIDENCE DE M. DUPLAY.

M. CHAUVEL donne lecture d'une observation de M. Sankarelly sur une *taille sus-pubienne avec suture de la vessie, guérison en sept jours.*

M. LE DENTU fait un rapport verbal sur une note de M. Baudry (de Lille) intitulée : *Contribution à l'étude du chancre palpébral.*

M. Terrillon présente un rapport sur une observation de M. Humbert. Il s'agissait d'une fracture spontanée avec tumeur de l'extrémité inférieure du fémur.

A l'entrée du malade à l'Hôtel-Dieu, 14 juillet 1884, la tumeur offrait un volume notable avec mobilité très considérable des fragments osseux, les ganglions inguinaux étaient indurés et hypertrophiés et l'état général était mauvais. En présence de ces faits, M. Humbert, ainsi que les membres du jury du concours pour le clinicat avaient porté le diagnostic d'ostéo-sarcome du fémur avec fracture spontanée. La maladie avait débuté par des phénomènes douloureux au mois de mars 1884. Le 17 août, il s'était formé une petite collection fluctuante qui s'ouvrit spontanément donnant issue à du liquide séreux et établissement d'une fistule. A partir de cette époque, les phénomènes généraux s'améliorèrent et, vers la fin de septembre, on put constater que la fracture s'était consolidée, que la tumeur avait diminué et que les ganglions n'étaient plus aussi volumineux. Cette amélioration s'accentue de plus en plus, et, malgré la claudication, malgré la fistule persistante, l'état général du malade devint si satisfaisant qu'il partit pour Vincennes le 5 novembre. M. Humbert, en présence de ces faits et de cette consolidation, pense que le diagnostic doit être modifié et qu'il est porté à croire qu'il s'agissait dans ce cas non d'un ostéosarcome; mais bien plutôt d'une ostéomyélite ayant donné lieu à une fracture spontanée.

Quoique la nouvelle opinion de M. Humbert ait grandement sa raison d'être, M. Terrillon juge qu'il faut faire des réserves au sujet de l'interprétation de ce cas si intéressant et si difficile. En effet, un ostéosarcome peut s'ossifier et des phénomènes de consolidation se produire. Le fait est rare, mais M. Schwartz en cite plusieurs exemples dans sa thèse. M. Terrillon possède par devers lui une observation dans laquelle on put constater la consolidation d'une fracture spontanée dans un cas d'ostéosarcome, et M. Terrier dans sa pathologie générale arrive aux mêmes conclusions. Il résulte donc de ces faits qu'on ne peut conclure immédiatement à une erreur de diagnostic en se basant sur la consolidation d'une fracture spontanée et il serait bon, avant d'admettre que dans le cas de M. Humbert, on était en présence d'une ostéomyélite et non d'un ostéosarcome, d'attendre que le temps et l'examen du malade vinssent apporter une confirmation définitive.

M. Verneuil croit qu'en effet il serait de toute nécessité d'avoir des renseignements nouveaux sur ce malade et sur la suite de sa fracture. Les cas d'ostéosarcome avec fracture consolidée sont tellement rares, qu'il y aurait un véritable intérêt à poursuivre cette observation. Mais sans vouloir mettre en doute la justesse du diagnostic porté par des hommes compétents, n'y aurait-il pas lieu de songer aussi à une affection où l'on rencontre des fractures spontanées; à savoir les kystes hydatiques des os; l'écoulement séreux qui s'est fait au niveau de la tumeur serait bien en rapport avec l'hypothèse d'un kyste hydatique des os.

M. Després cite deux observations dans lesquelles la consolidation d'une fracture avec ostéosarcome s'est produite.

M. Le Dentu rapporte un cas dans lequel, à la suite d'une fracture spontanée chez une jeune fille de 17 ans, il avait porté le diagnostic d'ostéosarcome. La consolidation de la fracture et la guérison du sujet furent complètes au bout de quelques mois.

M. Trélat exprime le regret de ne trouver dans l'observation si intéressante de M. Humbert qu'un fait dans le cours de son évolution. Or, les faits n'ont de valeur que quand la terminaison, soit favorable, soit fatale, est obtenue. Mais, outre les exemples cités de fracture spontanée chez des cancéreux, chez des syphilitiques, chez des individus atteints de kystes hydatiques, il y en a d'autres espèces; celles que l'on rencontre chez les ataxiques et avant toute autre manifestation locale de l'affection. Ces fractures se consolident, et ce n'est qu'après un long temps que l'on voit apparaître la série des symptômes qui rendent le malade impotent.

M. Gilette a vu une fracture du col du fémur se consolider chez un cancéreux. Cette consolidation s'était effectuée en six semaines; mais cette fracture se reproduisit à nouveau à la suite d'une traction assez énergique de la cuisse, et trois mois après, le malade succombait à la cachexie cancéreuse sans qu'il se fût produit de nouvelle consolidation.

M. Terrier a observé à l'hôpital temporaire, chez un jeune homme de 22 ans, une fracture en tous points analogue à celle qui a été rapportée par M. Le Dentu. Il pense que, dans les deux cas, on s'est trouvé en présence, non d'un ostéosarcome du fémur, mais bien plutôt d'une ostéite juxta-épiphysaire qui s'était développée silencieusement et qui, à une certaine période de son évolution, avait donné lieu à une fracture spontanée.

M. Duplay demande que l'attention soit attirée plus souvent sur la fracture par kyste hydatique. Il a eu l'occasion d'en observer un exemple très remarquable chez une femme qui s'était, sous ses yeux, fracturé le col du fémur à trois reprises successives, et à qui, finalement, il pratiqua la désarticulation de la cuisse. L'examen démontra une absence presque complète du fémur qui semblait avoir été dévoré par un kyste hydatique. Néanmoins, les premières fractures chez cette femme s'étaient parfaitement consolidées.

M. Trélat ajoute qu'il lui est souvent arrivé de faire des diagnostics difficiles, de tomber juste dans des cas épineux par cette seule considération qu'un sujet de 17 ans a peu de chances pour l'ostéosarcome, tandis qu'il en a beaucoup pour l'ostéomyélite. Il faut donc dans des diagnostics de cette sorte tenir un grand compte de l'âge du sujet.

M. Segond fait une communication sur un cas de *rétention des règles par imperforation de l'hymen.*

M. Polaillon présente, au nom de M. Robin, une *corne développée depuis plus de 30 ans sur le dos d'une femme atteinte de cancer viscéral.*

M. Després estime que cette production n'est autre chose qu'un cancroïde.

M. Verneuil admet qu'il s'agit simplement d'une tumeur développée par le fait de la prédisposition chez un cancéreux. Ce sont des cas de ce genre qui ont fait le sujet de la thèse de M. Ricard, un de ses élèves.

M. Trelat ne partage pas l'opinion de M. Després. Ce n'est pas un cancer, mais une des formes de l'épithéliome et surtout la forme bénigne. A. Damalix.

CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTHALMOLOGIE.

Séance du 27 janvier 1885. — Présidence de M. Fontan.

M. Dransart parle du *traitement du décollement de la rétine par l'iridectomie et la sclérotomie.* Se basant sur l'idée que le décollement de la rétine relève d'un trouble circulatoire qui a beaucoup de liens de parenté avec les processus glaucomateux et myopique, M. Dransart pense qu'il y a lieu de diriger contre ces trois affections l'opération qui régularise par excellence la circulation intraoculaire, l'*iridectomie.* Il y ajoute le repos horizontal, prolongé aussi longtemps que possible, les révulsifs, vésicatoires, sangsues, sétons à la nuque, etc.; la pilocarpine, les frictions hydrargyriques sont aussi mises à profit. Par ce traitement, sur 23 malades, il a obtenu 7 recollements complets, 12 incomplets et 4 résultats nuls.

M. Boucheron est d'avis que c'est seulement dans les cas récents que l'iridectomie peut avoir de bons effets. Dans le décollement ancien la rétine ne peut plus revenir à la choroïde, c'est celle-ci qui doit aller à la rencontre de la rétine.

M. Dianoux qui a essayé 2 fois le traitement par l'iridectomie n'a eu qu'à s'en louer. Il le combine du reste toujours à l'action de la pilocarpine dont il a vanté dès longtemps les bons effets et qui, sans être une panacée, lui a donné quelques guérisons durables. Mais chez les personnes âgées, si 10 injections sérieuses n'ont pas donné de résultat, il faut recourir à d'autres moyens: iridectomie, position horizontale, bandeau compressif, etc.

M. Fieuzal a eu par l'iridectomie plus de revers que de suc-

cès, de même que par la pilocarpine. Ce qui lui a le mieux réussi, ce sont les pointes de feu superficielles et nombreuses faites sur la sclérotique à l'endroit du décollement, et répétées à plusieurs reprises. Il a observé aussi dans un cas récent un succès complet par la méthode que lui a enseignée Wolfe et qui consiste en une incision de la sclérotique de 6 m. m. au point le plus déchiré du décollement.

Pour M. PONCET, il n'existe pas de décollement sans ramollissement du corps vitré et sans altération de la choroïde. Il propose comme traitement une iridectomie aussi périphérique et aussi près que possible du décollement, à travers laquelle on insinuerait une petite spatule pour détacher les adhérences de la zonule avec la sclérotique et donner issue au liquide sous-choroïdien.

M. GALEZOWSKI considérant le décollement chez les myopes comme une choroïdite séreuse a été le premier à préconiser l'iridectomie dans ces cas, et il a eu 3 succès complets sur 60 malades. La choroïdite existe aussi avec les décollements chez les syphilitiques ou les goutteux, mais c'est de la choroïdite plastique contre laquelle on doit lutter par le traitement antidiathésique. La position horizontale prolongée les antiphlogistiques et l'iridectomie sont d'excellents adjuvants.

M. DRANSART a toujours pratiqué l'iridectomie en haut pour agir non localement, mais sur la circulation générale de l'œil.

M. TEILLAIS: *de la luxation spontanée du cristallin.* Le ramollissement du corps vitré, le synchésis étincelant, les forts degrés de myopie, les iridochoroïdites répétées sont les causes principales des luxations que l'on doit appeler secondaires. Les luxations traumatiques forment une 2e catégorie. La luxation ne pourra être dite spontanée que lorsqu'elle sera indépendante de tout processus pathologique. Elle devra, certes, trouver une cause prédisposante dans une *anomalie* de développement: excès de poids de la lentille, fragilité de la zonule, troubles nutritifs séniles. Ce sont là des cas extrêmement rares dont Teillais vient relater 3 observations.

M. DUFOUR demande si ces luxations spontanées n'ont pas suivi un effort musculaire, la toux, le vomissement, etc., ainsi qu'il a pu le constater dans 3 cas dans une même famille probablement prédisposée par une faiblesse congénitale de la zonule.

MM. PROUFF, CHIBRET, PARENT et MEYER ont constaté, comme M. Dufour, à la suite de la luxation du cristallin, une myopie subite qui illustre la théorie d'Helmoltz sur l'action du muscle ciliaire dans l'axe odatien.

M. ABADIE, outre les modifications de l'état dioptrique de l'œil, tient à faire ressortir le danger que court un œil dont le cristallin est luxé et flottant, heurtant sans cesse le corps ciliaire, menace perpétuelle d'accidents glaucômateux. On a conseillé contre ces accidents l'iridectomie. M. Abadie repousse cette opération et insiste sur la nécessité d'extraire le cristallin, ce qui n'est pas aussi dangereux, ni aussi difficile qu'on a voulu le dire. Même dans les cas en apparence les plus défavorables, les résultats ont toujours été excellents entre ses mains.

M. GAYET est d'avis que lorsque le cristallin est luxé dans la chambre antérieure, il faut immédiatement l'extraire.

M. NICATI insiste sur la facilité avec laquelle on a une perte considérable de corps vitré pendant l'extraction d'un cristallin luxé.

M. ARMAIGNAC a eu plusieurs fois l'occasion d'extraire des cristallins luxés et il n'a jamais de difficultés sérieuses.

M. BAUDRY. 1° *Sur un mode particulier de transmission de la Syphilis aux paupières.* — Dans certains endroits les mères ont la mauvaise habitude de laver les yeux des nouveau-nés avec leur salive, M. BAUDRY a observé des cas où la Syphilis a été transmise par ce moyen. — 2° *De l'Anesthésie générale en chirurgie oculaire.* Question un peu rétrospective depuis l'introduction de la Cocaïne en oculistique, le chloroforme n'étant plus *nécessaire* que dans les cas d'énucléation ou d'opérations de longue durée qui relèvent plutôt de la chirurgie générale.

M. BACCHI rapporte 14 observations de syphilis des membranes profondes de l'œil, s'étant présentées pour la plupart chez des malades dont le traitement spécifique avait consisté dans l'emploi de l'iodure de potassium qui ne fait que débiliter l'organisme sans fruit aucun. Le mercure seul devrait être employé dans les accidents primaires et secondaires, et l'iodure seulement plus tard.

M. LANDOLT: *De l'amplitude de convergence.* — Elle est comprise évidemment entre le maximum et le minimum de convergence dont un individu est capable, et on peut la mesurer en angles métriques; elle dépend nécessairement beaucoup de l'écartement des yeux. L'expérience a montré que, en moyenne, le minimum de convergence = — 1 am. (am. = angle métrique) et le maximum = 9,5 am. L'état de la réfraction n'a pas grande influence. Dans la pratique, il est d'une grande importance de savoir quelle doit être au minimum la force de convergence pour que le travail binoculaire s'exécute sans fatigue. Or, pour un effort musculaire prolongé, il est nécessaire que toute la force dont dispose le muscle ne soit pas employée d'emblée, il faut qu'il y en ait toujours une certaine quantité en réserve. Cette réserve pour les efforts de convergence prolongée, doit être au moins les 2/3 de la force totale. — Cette loi est de la plus haute importance pour le diagnostic et le traitement de l'*asthénopie musculaire.* Quand l'amplitude de convergence est reconnue insuffisante, il faut y suppléer. Les verres qui éloignent le point de fixation, les prismes qui diminuent l'effort musculaire sont souvent seuls ou combinés des moyens insuffisants. On doit alors recourir à l'intervention chirurgicale pour suppléer à l'insuffisance musculaire.

M. FUCHS conclut de ses *recherches microscopiques sur la structure normale du nerf optique* que, chez tout homme adulte, il existe une atrophie constante des fibres périphériques du nerf optique formant comme une sorte d'enveloppe embrassant la partie saine du nerf. Cette atrophie physiologique est un effet de compression, et n'a aucune conséquence fâcheuse pour la vision, les fibres atrophiées au pourtour de la pupille ne font qu'agrandir un peu la tache aveugle de Mariotte.

M. BOUCHERON lit un travail d'anatomie pathologique sur *les cyclites exsudatives* et montre de fort belles préparations microscopiques.

Séance du 28 janvier 1885, PRÉSIDENCE DE M. LANDOLT.

M. COPPEZ vient confirmer les excellents résultats qu'il avait annoncés l'an dernier pour la guérison des granulations par le *Jequirity*, Puis il lit un long travail sur l'*extraction de la cataracte molle par aspiration.* Ce procédé qu'il recommande chaudement et qu'il dit peu employé en France, nous le voyons mis en pratique journellement et avec le plus grand succès à la clinique du Docteur ABADIE. M. COPPEZ présente 81 observations de malades ainsi opérés de cataractes congénitales traumatiques ou autres. Il incise la cornée et la capsule avec une aiguille large de Bowman; puis, au moyen d'une seringue à cuvette creuse, il aspire les masses ramollies et il obtient ainsi un champ pupillaire parfaitement noir, sans avoir jamais d'hernie de l'iris ni d'issue du corps vitré. La douleur est presque nulle, les accidents opératoires sont insignifiants et la vision très bonne.

M. REDARD dans sa *Note sur les procédés opératoires à employer dans la cataracte molle chez les enfants* recommande comme M. COPPEZ l'aspiration ou plutôt la *succion* au moyen d'un tube de verre armé d'une canule et dans lequel on fait le vide avec la bouche par l'intermédiaire d'un tuyau de caoutchouc. Cet instrument, d'une ingénieuse simplicité, peut remplacer avantageusement les seringues dont le maniement n'est pas toujours facile.

M. GALEZOWSKI: *Sur l'opération de la cataracte et les soins consécutifs.* Depuis 2 ans qu'il ne pratique plus l'iridectomie, M. Galezowski n'a qu'à se louer des résultats qu'il obtient dans l'opération de la cataracte. Il fait son incision entièrement dans la cornée, déchirant du même coup la cristalloïde; une légère pression fait sortir le cristallin. Comme soins consécutifs, instillation d'ésérine, spray phéniqué et pansement antiseptique. Il n'a observé que très rarement de l'astigmatisme, post-opératoire.

M. CHIBRET fait toujours l'extraction linéaire, même dans les cataractes traumatiques. Quant à l'astigmatisme post opératoire il l'a toujours observé.

M. PANAS qui depuis 2 ans extrait les cataractes sans iridectomie a toujours pu constater l'astigmatisme opératoire.

M. Abadie qui déjà au premier congrès avait montré que toute suppuration survenue après l'opération de la cataracte était due à une infection de la plaie, revient avec insistance sur cette importante question. Les instruments sont quelquefois la cause de l'infection, mais le facteur le plus important est le milieu ambiant, l'air atmosphérique plus ou moins chargé de micro-organismes. Presque toujours les suppurations se présentent par séries et souvent synchroniquement dans plusieurs cliniques. Quant à la raison pour laquelle la suppuration ne se produit que très rarement dans l'iridectomie, il la trouve dans le fait qu'après l'extraction du cristallin il reste toujours des masses albumineuses qui forment, avec l'humeur aqueuse, un liquide de culture très favorable à la pullulation des microbes. M. Abadie voudrait que l'on opérât toujours dans des salles spéciales absolument aseptiques.

M. de Wecker croit que l'infection vient toujours des instruments.

M. Gorecki qui pratique toujours l'extraction linéaire de Graefe, propose comme pansement l'acide borique sec pulvérisé.

M. Terson qui en est venu, comme M. Galezowski, à l'extraction à lambeau sans iridectomie, repousse énergiquement l'incision de la capsule faite avec le couteau après la ponction de la cornée. Avec le procédé à lambeau, la hernie de l'iris est rare.

M. Meyer, resté fidèle depuis 20 ans au procédé de Graefe avec iridectomie aussi petite que possible, est trop satisfait de ses résultats pour chercher mieux. Il n'emploie ni ésérine, ni atropine et laisse son premier pansement 48 à 72 heures. Si la suppuration se produit, dès le début il cautérise au galvanocautère les lèvres de la plaie, comme M. Abadie l'a recommandé si sagement, et plusieurs fois il a enrayé ainsi la suppuration.

M. Dransart, très partisan de la méthode antiseptique, voudrait qu'elle ne fît pas oublier des précautions qui, pour minimes, ne sont pas sans importance. Pour lui, le refroidissement pendant la nuit qui suit l'opération peut avoir des conséquences fâcheuses qui vont de la simple iridocyclite à la panophtalmie.

M. Gayet, persuadé que la perfection des résultats tient à la perfection des procédés opératoires, insiste sur l'importance d'obtenir une immobilité complète de l'œil par la narcose chloroformique, si l'on ne peut l'obtenir par la cocaïne; la réduction complète de l'iris d'une importance capitale ne peut être obtenue qu'à cette condition.

M. Masselon, dans son travail très approfondi *sur la coloration de la papille et les prolongements anormaux de la lame criblée*, insiste sur l'importance de l'étude des anomalies congénitales du fond de l'œil. Des dessins ophtalmoscopiques exécutés avec le plus grand soin nous montrent les expansions des éléments celluleux de la lame criblée sur la papille et ses alentours que l'on pourrait confondre avec des fibres nerveuses à double contour, mais qu'il faut se garder de considérer comme des altérations pathologiques.

(*A suivre*). A. Darier.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 11 *février* 1885. — Présidence de M. Duhomme.

M. Huchard, à propos du procès-verbal de la dernière séance complète les communications antérieures sur l'*antipyrine*. Ce médicament ne doit pas être considéré comme un antithermique, mais bien comme un *anti-hyperthermique* ; il trouve son indication toutes les fois que la température atteint des élévations qu'on a tout intérêt à abaisser. Dans le même ordre d'idées on devra l'employer lorsque la fièvre, par sa continuité, constituera un véritable danger. Se fondant sur les recherches de M. Hénocque, sur le role de l'antipyrine comme vaso-constricteur, M. Huchard a employé cet agent dans un cas de maladie de Bassedow et en a obtenu d'excellents résultats.

A propos d'un appareil présenté par M. Brémond, de la part d'un fabricant anglais et destiné à faciliter les injections hypodermiques, M. C. Paul rappelle, en ce qui concerne l'atropine, qu'il n'est plus besoin de se servir de cet alcaloïde pour dilater la pupille, car ses effets se font sentir pendant trop longtemps, au point de rendre les malades aveugles pendant plusieurs jours, alors que la cocaïne dilate la pupille seulement pendant le temps nécessaire à l'examen ophthalmoscopique.

M. Berne expose les résultats qu'il a obtenus par le *massage général et méthodique*. Dans un cas, de 26 gr. l'urée s'est élevée à 38 gr. dans les 24 heures: il s'est produit une véritable sédation qui a procuré au malade un sommeil réparateur.

M. Guyenot préconise les eaux de Salins dans le *traitement des adénites scrofuleuses*.

M. Dujardin-Beaumetz revient sur les injections sous-cutanées de nitrate de cocaïne. Il rappelle les accidents qu'elles produisent lorsqu'elles sont faites le malade étant debout : on doit donc toujours les faire lorsque le patient est couché. La cocaïne agit dans tous les cas d'une façon exclusivement locale : son action porte sur le muscle, et ce n'est pas sans inconvénients qu'on a badigeonné les cordes vocales dont les dilatateurs ont pu se paralyser de cette façon et entraîner des désordres asphyxiques. La cocaïne détruit le vaginisme au moins temporairement ; MM. Doléris et Dubois ont supprimé, par son emploi, les douleurs de l'accouchement : de même en l'injectant dans les amygdales on peut extirper ces glandes sans douleur. Enfin, en pratiquant de chaque côté du sphincter anal une injection de nitrate de cocaïne, M. D. Beaumetz a pu effectuer sans douleur la dilatation du rectum.

M. E. Labbé demande si les promesses que fait un dentiste américain au point de vue de l'extraction des dents sans douleur au moyen de la cocaïne se trouvent réalisées.

MM. D. Beaumetz et Bucquoy répondent que c'est là, et ils citent des exemples, un procédé tout à fait ineffficace.

A propos de la nouvelle communication de M. Huchard, M. D. Beaumetz dit que ses nouvelles expériences ne l'encouragent pas à se servir de l'antipyrine. Ce médicament produit, en effet, un état de dépression telle, un accablement si considérable, que beaucoup de tuberculeux préfèrent garder leur fièvre que de subir la prostration que cause ce médicament. Du reste, un antithermique aussi puissant ne peut sortir ses effets qu'en s'adressant directement aux fonctions vitales, et il est véritablement à se demander si le désordre que celles-ci subissent est compensé par l'abaissement de la température.

M. C. Paul s'est bien trouvé de l'administration de l'antipyrine pour modérer les hautes températures du début des fièvres saisonnières.

M. Huchard s'en tient aux propositions qu'il a émises : l'antipyrine doit être administrée comme anti-hyperthermique, et il pense qu'elle devra rendre des services dans les cas de fièvre de longue durée.

M. Gouguenheim dit que l'antipyrine est un médicament surfait : le bien-être dont on a parlé et qui se montre si rarement est malheureusement trop compensé par les sueurs profondes qui inondent les malades et par l'accablement dans lequel ils sont plongés par le médicament.

Gilles de la Tourette.

BIBLIOGRAPHIE

« Le Magnétisme animal ». — Étude critique et expérimentale sur l'hypnotisme provoqué chez les sujets sains, par le Dr F. Bottey : in-18 de 300 p. Plon et Ce, 1884.

Il est si souvent donné de trouver l'hystérie dans les antécédents d'un individu hypnotisable que, si l'on vient à parler d'hypnotisme, l'idée d'un sujet hystérique surgit presque toujours à l'instant même. C'est un peu, croyons-nous, cette association d'idées si fréquente que M. Bottey a voulu combattre en étudiant l'hypnotisme et ses diverses phases tout particulièrement chez les sujets sains, ne présentant aucune trace de névrose convulsive ou d'hystérie larvée, « des sujets, en un mot, chez lesquels il n'existe

aucun symptôme d'état névropathique, soit organique, soit dynamique. »

L'auteur a spécialement expérimenté sur des femmes de 17 à 40 ans, et il est arrivé à cette proportion qui est peut-être, ainsi qu'il le dit lui-même, un peu exagérée, que 30 0/0 des sujets sains sont hypnotisables. Se fondant sur les expériences antérieures de Liébault, de Bernheim, de Heidenhain, de Ch. Richet et de Brémaut, il admet également avec eux qu'un grand nombre d'hommes parfaitement sains sont aussi susceptibles d'être hypnotisés.

Ces conclusions posées en forme de prémisses, M. Bottey, après avoir rendu un juste hommage aux travaux de M. Charcot et de M. P. Richer, qui, les premiers, ont su mettre de l'ordre dans une question aussi complexe, adopte les divisions que ces auteurs ont établies et passe en revue les trois états : léthargie, catalepsie, somnanbulisme. De la léthargie, nous ne dirons rien, ne pouvant nous étendre sur tous les chapitres du remarquable travail de M. Bottey, mais nous signalerons comme particulièrement bien traitée l'étude des suggestions dans la catalepsie. Ces suggestions présentent, en effet, des caractères spéciaux, car, dans cet état pour ainsi dire suggestif de la catalepsie, le sujet répond parfaitement aux paroles qu'on lui adresse et présente même une hyperesthésie particulière des sens spéciaux, analogue à celle qui existe dans le somnanbulisme. Mais, à l'encontre de ce qui se passe dans cette dernière phase de l'hypnose, il n'a pas de tendance à agir spontanément, de lui-même, et il a besoin d'une sollicitation extérieure pour accomplir les actes suggérés, après lesquels il retombe facilement dans l'immobilité cataleptique. A ce propos, disons que M. Bottey divise le somnanbulisme en deux états, suivant que le sujet a les yeux fermés ou ouverts; non pas qu'il songe à faire de ce dernier une phase particulière de l'hypnotisme, mais parce qu'il a remarqué que le somnambule, par cela même qu'il a les yeux complètement ouverts, présente quelques particularités constantes qui lui donnent un cachet propre. C'est qu'en effet ce somnanbule nous donne, à l'inverse de celui qui a les yeux fermés, le curieux spectacle d'un individu qui s'illusionne constamment lui-même

Nous ne saurions que souscrire à cette subdivision, qui est juste et découle d'une série de faits soigneusement observés, mais nous demandons à faire quelques réserves pour admettre comme phase particulière *l'état de fascination* décrit par M. Brémaud et adopté comme tout spécial par M. Bottey. Ne s'agit-il pas là, en effet, de la catalepsie, non pas certainement de la catalepsie classique, mais d'un de ces états intermédiaires, de passage, dont l'auteur lui-même donne une si bonne description et qui touchent plus à la catalepsie qu'à tout autre état hypnotique?

Le chapitre des suggestions provoquées dans l'état de veille est certainement un des plus neufs et des plus intéressants. M. Bottey étudie minutieusement tous ces faits si bizarres qu'il est donné d'observer chez les sujets que quelques hypnotisations antérieures ont mis pendant la veille dans un état de *crédibilité* si remarquable. Nous aurions désiré cependant que, comme corollaire, M. Bottey nous parlât de suggestions chez les sujets non hypnotisables, cela lui aurait fourni un nouvel appoint pour l'étude qu'il fait ensuite de l'hypnotisme au point de vue médico-légal. Nous sommes là en présence d'un des points les plus palpitants de cette question de l'hypnotisme; son étude médico-légale, toute d'actualité, a bien souvent été traitée à tort et à travers: nous la trouvons ici formulée avec une rigueur scientifique dont il faut savoir gré à l'auteur.

En traitant de l'hypnotisme appliqué à la médecine, M. Bottey fait bonne justice de toutes les pratiques des sorciers, des curés guérisseurs, des somnambules extra-lucides et des cures miraculeuses observées à la suite de certains pèlerinages; la guérison s'effectue par suite de la suggestion, et ainsi que l'a écrit M. Féré : « Quand on dit que *c'est la foi qui sauve*, on ne fait qu'employer une expression rigoureusement scientifique. » Suit un court exposé historique des épidémies de sorcellerie, dans lesquelles particulièrement des accusations suggérées à de malheureuses hystériques causèrent la mort de personnages tels que Gaufridi et Urbain Grandier, qu'on avait intérêt à faire disparaître. Vient encore un chapitre d'interprétation psychologique, dans lequel l'auteur a la saine raison de se guider sur la pensée de Malebranche, qui sert d'épigraphe à son livre : « Il est bon de comprendre clairement qu'il est des choses absolument incompréhensibles. » Enfin, l'ouvrage se termine par une courte étude sur les magnétiseurs de théâtre, leurs procédés et leur savoir en matière d'hypnotisme.

D'une façon générale, le livre de M. Bottey peut être divisé en deux parties essentielles : l'une impersonnelle, l'autre qui lui est propre. La première comprend le résumé de toutes les recherches faites jusqu'à ce jour sur l'hypnotisme; elle a le mérite de contenir un exposé complet de la question et de permettre d'embrasser rapidement les résultats obtenus. La seconde, particulière à l'auteur, comprend l'ensemble des recherches expérimentales qu'il a faites pendant son séjour à la Salpêtrière. Elle est fertile en résultats pratiques, car M. Bottey ayant eu surtout à expérimenter sur des sujets qui, plus que les hystériques, sont rebelles aux manœuvres usitées d'ordinaire pour produire le sommeil hypnotique et ses différentes phases, elle contient, très exactement rapportés, les procédés à mettre en usage : ce dont lui seront reconnaissants non seulement ceux qui débutent dans ce genre d'études, mais encore ceux qui désirent approfondir la question dans le sens original que l'auteur s'est lui-même proposé de résoudre. Tel que le plan est conçu, tel que le sujet est présenté, l'ouvrage de M. Bottey, écrit dans un style clair et précis, concis sans restrictions, est appelé, croyons-nous, à un légitime succès.

VARIA

Encore l'internat des femmes.

Le *Progrès médical* a rendu compte de la séance du Conseil municipal, dans laquelle l'Administration de l'Assistance publique a été invitée à permettre aux étudiantes de prendre part au concours de l'internat; un de nos confrères qui, soit doit en passant, ne paraît pas aimer les blondes, profite de cette occasion pour objurguer la plupart des candidates dans des termes un peu vifs. Puis il invite l'autorité à ne tenir aucun compte des vœux du Conseil.

« Nous n'avons plus, dit il, à revenir sur une discussion épuisée; la séance du 2 février à l'Hotel de Ville n' a pas jeté sur elle de lueurs inattendues. Aussi bien, c'est un simple avis que le Conseil a donné : on peut mettre à le suivre le même empressement qu'on a mis à supprimer la prefecture de police. Si un arrêté préfectoral, repoussant nos avis et donnant gain de cause au Conseil municipal, octroyait à quelques jeunes filles *fantaisistes* le droit de venir disputer a des *hommes sérieux* ces places d'où dépend leur avenir, c'est alors que notre role, à nous, commencerait. L.-G. R. »

Jouez donc un rôle, cher confrère, cela vous changera. Mais qu'allez-vous donc faire de grand, seriez-vous décidé à donner votre démission comme l'ont déjà fait tous les médecins qui ont protesté contre la laïcisation des hôpitaux? Ou bien voulez-vous faire entendre que les *anti-féministes* ont pris le parti de juger sévèrement les candidats en jupon, qu'il leur sera impossible d'aborder le concours avec quelque chance de succès? Un tel parti pris pourrait être dangereux pour l'internat et servir d'argument à ceux qui prétendent que l'institution n'est peut-être pas parfaite et comporterait des réformes au point de vue de l'enseignement et surtout au point de vue des malades : on oublie que certains journaux ont déjà soulevé la question.

Les Eaux de Paris et le Choléra.

La Prefecture de la Seine a fait dresser un tableau de l'état des immeubles où des cas de choléra ont été signalés du 7 novembre au 20 décembre 1884, avec l'indication de l'alimentation de ces locaux en eaux de rivières, de sources et d'Ourcq; nous en donnons ci-dessous un extrait :

Nombre total des immeubles classés d'après l'état sanitaire :

Satisfaisants.	Médiocres.	Mauvais.	Très mauvais.	Total.
,935	431	240	34	1.740

Nombre des immeubles alimentés en eaux de *rivières*, classés d'après l'état sanitaire :

Satisfaisants.	Médiocres.	Mauvais.	Très mauvais.	Total.
288	146	95	23	552

Nombre des immeubles alimentés en eaux de *sources*, classés d'après l'état sanitaire :

Satisfaisants.	Médiocres.	Mauvais.	Très mauvais.	Total.
199	87	44	4	334

Nombre des immeubles alimentés en eaux *d'Ourcq* classés d'après l'état sanitaire :

Satisfaisants.	Médiocres.	Mauvais.	Très mauvais.	Total.
548	198	101	7	854

On voit, d'après ce tableau, que les immeubles alimentés par l'*eau de l'Ourcq* sont ceux qui fournissent le chiffre le plus élevé, près de moitié, puis viennent ceux alimentés en *eaux de rivières* (près du tiers), et en *eaux de sources* (moins du cinquième).

En comparant les colonnes indiquant l'état sanitaire des immeubles, on est frappé de la proportion décroissante de leur nombre en rapport avec leur plus grande insalubrité. S'il est vrai que le fait peut tenir en partie à ce que les locaux insalubres deviennent de plus en plus rares à Paris, on n'en constate pas moins que seule l'alimentation en eaux de diverse nature paraît avoir joué un rôle important dans la dernière épidémie.

Thèses soutenues à la Faculté de Médecine.

Mercredi 25. — M. Lejard. Péricardite aiguë des vieillards. — M. Arduin. Contribution à l'étude thérapeutique et physiologique de l'antipyrine. — *Jeudi* 26. — M. Lerefait. Contribution à l'étude des aberrations morphologiques des néoplasies et notamment du fibrome molluscum.— M. Barry. Etude clinique sur le molluscum pendulum. — *Samedi* 28. — M. Sadoc. Recherches sur un point du mécanisme de l'accouchement (Etiologie des positions rares du sommet). — M. Colombe. Etude sur le coca et les sels de cocaïne. — M. Gervais. Histoire de l'hôpital Necker.

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 8 février au samedi 14 février 1885, les naissances ont été au nombre de 1213, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 428; illégitimes, 173. Total, 601. — *Sexe féminin* : légitimes, 464 ; illégitimes, 148. Total, 612.

Mortalité a Paris.— Population d'après le recensement de 1881, 2.225.910 habitants y compris 18.380 militaires. Du dimanche 8 février au samedi 14 février 1885, les décès ont été au nombre de 1146 : savoir : 624 hommes et 522 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes. Choléra : M. . F. .. T. . — Fièvre typhoïde : M. 18. F. 9 T. 27. — Variole : M 2. F. 5, T. 7. — Rougeole : M. 18 F. 17, T. 35. — Scarlatine : M. 2, F. , T. 2. Coqueluche : M. 1. F. 2 T. 3 — Diphthérie, Croup. M 17. F. 21, T 38. — Dyssenterie : M . .. F. ., T. ..—Erysipèle : M. 4, F. 6, T. 10 — Infections puerpérales : 9 — Autres affections épidémiques : M . . F. ., T . — Méningite tuberculeuse et aiguë : M. 31, F. 24, T. 55.— Phthisie pulmonaire : M. 120, F. 77 T. 197. — Autres tuberculoses : M. 23, F. 9. T 32. — Autres affections générales : M. 28, F. 32 T. 60.— Malformations et débilité des âges extrêmes : M. 38, F. 32 T. 70 — Bronchite aiguë : M 26 F. 20, T. 46.— Pneumonie : M. 42, F. 53. T 95 — Athrepsie : M. 38. F. 25. T. 63. — Autres maladies des divers appareils : M. 186 F. 167, T. 353. — Après traumatisme : M. ., F. ., T. .. — Morts violentes : M. 25, F. 5. T. 30. — Causes non classées M 5, F. 9, T. 14.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 95 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 42 ; illégitimes, 10 Total : 52 — *Sexe féminin* : légitimes, 27 ; illégitimes, 16. Total : 43.

Faculté de médecine de Paris. — *Concours pour l'adjuvat.* — Un concours pour six places d'aide d'anatomie s'ouvrira le jeudi 23 avril 1885, à midi et demi, à la Faculté de médecine de Paris. Tous les élèves de la faculté sont admis à prendre part à ce concours. Le registre d'inscriptions sera ouvert au secrétariat de la faculté, de midi à trois heures, tous les jours, du lundi 9 mars au mercredi 15 avril 1885 inclusivement. Les aides d'anatomie nommés entreront en fonctions le 1er octobre 1885 ; leur temps d'exercice expirera le 1er octobre 1889.

Pour tous autres renseignements, consulter le règlement, soit à la faculté, soit à l'Ecole pratique.

Concours *public pour la nomination à trois places de médecin au bureau central d'admission dans les hôpitaux et hospices civils de Paris.* — Ce concours sera ouvert le lundi 30 mars 1885, à quatre heures à l'Hôtel-Dieu. MM. les docteurs qui voudront concourir se feront inscrire au secrétariat général de l'Administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, et y déposeront leurs titres. Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le lundi 23 février 1885, et sera clos définitivement le mercredi 11 mars 1885, à trois heures.

Faculté de médecine de Lille.—M. Muchenblec est nommé aide-préparateur d'histologie en remplacement de M. Legay. — M. de Thierry est nommé préparateur-adjoint des travaux pratiques de chimie, en remplacement de M. Vilain, démissionnaire.

Faculté de médecine de Montpellier. — M. Gaziglia est nommé aide des travaux pratiques d'histoire naturelle.

Ecole de médecine d'Alger. — M. Trollier est nommé professeur de clinique obstétricale et de gynécologie.

Ecole de médecine de Limoges.— M. le Dr Raymondaud est nommé directeur en remplacement de M. Astaix, démissionnaire.

Ecole de pharmacie de Nancy. — M. Frache est nommé préparateur des cours de pharmacie.

Ecole de médecine de Toulouse. — M. Raynaud est nommé préparateur de chimie.

Service de santé au Tonkin. — M. Pailloz, médecin aide-major de 1re classe, est mis à la disposition du général commandant en chef le corps expéditionnaire du Tonkin. — MM. Huguenard et Dosmont, médecins-majors de 2e classe, Hossler, aide-major de 1re classe, sont désignés pour les ambulances du Tonkin.

Société de chirurgie. — Le prix Duval est décerné à M. Pousson, pour sa thèse intitulée : *De l'intervention chirurgicale dans le diagnostic et le traitement des tumeurs de la vessie dans les deux sexes.* — Le prix Laborie n'a pas été décerné ; on accorde un encouragement de 700 francs, à MM. Poulet et Vuillard, professeurs agrégés au Val-de Grace, pour leur travail intitulé : *Des corps étrangers articulaires* ; de 500 francs à M. Charvet, professeur agrégé au Val-de-Grace, pour son travail intitulé : *De la névrite traumatique.*

Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle. — Composition du bureau pour l'année 1885 : Président : M. le Professeur, U. Trélat; Vice-présidents : MM. Gariel, Dubrisay, Nocard et Herscher ; Secrétaire-général, M. le Dr Henri Napias ; Secrétaire-général adjoint, M. le Dr A.-J. Martin ; Secrétaires des séances, MM. Cartaz, Corot, Neuman et Picqué ; Archiviste, M. le Dr Marchal ; Trésorier, M. le Dr A. Thévenot.

Prix Chateauvillard. — Ce prix vient d'être décerné par la Faculté de médecine à M. le Dr Constantin Paul, pour son ouvrage intitulé : *Diagnostic et traitement des maladies du cœur.*

Les internes de Toulouse. — On lit dans *le Praticien*, qu'à la suite de divers incidents avec l'administration, les internes de Toulouse refusèrent de faire leur service à partir du 1er janvier et furent révoqués ; le même journal ajoute que les internes viennent d'adresser une lettre collective au préfet pour lui demander de faire cesser une situation aussi préjudiciable aux intérêts de la ville qu'à ceux de leur famille.

Exercice illégal de la médecine. — J.-L. Casau, prévenu d'exercice illégal de la médecine, présente pour sa défense un diplôme espagnol, Mais ce diplôme n'est relatif qu'à l'extraction des *cors aux pieds*. En conséquence, Casau déclaré coupable d'exercice illégal avec usurpation du titre de docteur, est condamné à 1,000 francs d'amende et aux dépens. (*Le Droit.*)

Académie Royale de médecine de Turin. — « L'Académie royale de médecine de Turin a célébré le 21 décembre dernier, le cinquantenaire de l'illustre professeur Sperino. En reconnaissance de cette manifestation à laquelle s'étaient unis : le conseil académique, la faculté de médecine, la société royale italienne d'hygiène, toutes les autorités locales et les administrations hospitalières, le professeur Sperino vient de fonder un prix annuel de 500 francs qui sera décerné par l'Académie, chaque année, le 21 décembre, à l'étudiant qui aura obtenu le plus grand nombre de points dans ses examens du cours médico-chirurgical universitaire de Turin; à égalité de points, le prix sera décerné au *plus jeune étudiant.* » (*Union médicale*, 10 fév.).

Nouveau journal. — Nous avons reçu le premier numéro des *Annales of Surgery*, revue mensuelle publiée à Londres sous la direction des Drs L.-S. Pilcher et C.-B. Keetley.

Nécrologie. — M. le Dr Sarret, ancien interne des hôpitaux, médecin honoraire de l'Assistance publique. — On annonce la mort du Dr Eugène Bodichon (d'Algérie).

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

PARIS. — IMPR. COUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71.

13e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. I. N° 9 BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 28 FEVRIER 1885.

Le Progrès Médical

CLINIQUE DES MALADIES NERVEUSES

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — **M. CHARCOT.**

De l'isolement dans le traitement de l'hystérie;

Leçon recueillie par GILLES DE LA TOURETTE, interne des hôpitaux.

Messieurs,

Avant de revenir au sujet principal de nos études actuelles, je crois utile de vous donner des nouvelles de ces trois enfants d'une même famille que je vous ai présentés le 19 décembre dernier. Je n'ai pas l'intention de vous retracer à nouveau l'histoire de cette petite épidémie d'hystérie, développée sous l'influence des pratiques du spiritisme ; vous en trouverez tous les détails consignés par mon interne de l'an passé, M. Gilles de la Tourette, dans le *Progrès médical* du 24 janvier. Il me faut seulement relever quelques particularités propres à vous remettre en mémoire l'état de ces enfants à l'époque où ils vous furent présentés, afin que vous puissiez mieux juger aujourd'hui les modifications qui se sont produites chez eux sous l'influence des mesures que nous avons prises et du traitement que nous avons institué.

La famille, je viens de vous le rappeler, se compose de trois enfants : deux garçons et une fille. C'est chez cette dernière, âgée de treize ans et demi, que l'affection a débuté, le 28 août 1884, à la suite d'une séance de spiritisme, qui s'était prolongée de neuf heures du matin à sept heures du soir, et dans laquelle *Julie* avait joué le rôle actif de médium. A la fin de la séance, étaient survenues chez elle des crises convulsives, qui se renouvelèrent 15 à 20 fois par jour jusqu'à l'admission de toute la famille à la Salpêtrière, le 9 décembre 1884. C'est qu'en effet, les deux frères avaient suivi le mauvais exemple que leur donnait leur sœur aînée et, le 15 novembre, le plus jeune des deux, François, âgé de onze ans, six semaines environ après la fameuse séance de spiritisme, qui du reste ne l'avait nullement impressionné, était pris d'une crise hystérique délirante, alors qu'il était encore cloué au lit par une attaque de rhumatisme. Deux jours plus tard, le 17, l'aîné des garçons, *Jacques*, avait à son tour des crises délirantes avec hallucinations.

A partir de cette époque, les trois enfants ne peuvent plus se rencontrer dans la maison sans avoir des attaques. La fillette commençait, ses frères suivaient son exemple, et cela plusieurs fois par jour : la situation n'était donc plus tenable. C'est alors que les parents nous prièrent d'intervenir et que nous leur proposâmes de prendre leurs enfants dans notre service, ce qu'ils acceptèrent.

I. — La proposition que je faisais aux parents contenait elle-même une série de considérations thérapeutiques que je dois maintenant vous exposer. L'admission à l'hospice me permettait de réaliser :

L'*éloignement* des malades du lieu où leur maladie s'était déclarée ;

L'*absence du père et de la mère* devenus eux-mêmes très nerveux, et dont la présence devait, d'après mon expérience antérieure, déjà ancienne sur ce point, enrayer tout traitement ;

La séparation respective des trois enfants.

La fillette, en effet, fut placée dans une des salles de femmes de notre Clinique ; les deux garçons s'en furent dans l'unique salle d'hommes que nous possédions à cette époque. L'isolement respectif des trois malades n'était donc pas tout à fait complet : nous avions tout au moins supprimé la cohabitation. Telles devaient être à mon sens les conditions fondamentales du traitement : les parents consentirent à ne voir leurs enfants qu'avec mon autorisation, et je crus pouvoir leur annoncer que, vraisemblablement, dans quelques mois, nous pourrions les leur rendre complètement guéris.

Voici quel était le côté *moral* ou *psychique* du traitement proposé ; nous comptions, bien entendu, mettre également en œuvre le traitement *médical* proprement dit : les enfants qu'on nous confiait étaient tous les trois pâles et anémiques, nous devions donc leur administrer les reconstituants parmi lesquels les amers et les ferrugineux tiennent la première place. On pouvait également chercher à modifier la diathèse rhumatismale, très accentuée tout au moins chez l'un d'eux.

Pour ce qui est des agents qui s'adressent particulièrement à l'état hystérique, nous comptions mettre en œuvre le traitement par l'*électrisation statique*, qui nous rend journellement dans ces cas de grands services, à défaut surtout de l'*hydrothérapie méthodique*, notre établissement hydrothérapique de la Salpêtrière n'étant pas encore complètement aménagé. Nous ne fondions aucune espérance sur l'emploi des *bromures*, l'expérience nous ayant depuis longtemps démontré que cette classe de médicaments, qui agit à peu près toujours, à un certain degré du moins, dans l'épilepsie, restait complètement inefficace non seulement dans l'hystérie, mais encore dans cette forme d'hystérie qui semble se rapprocher le plus de l'épilepsie, à savoir l'hystérie à forme épileptique ou hystéro-épilepsie. Je ne parlerai pas de l'opium à haute dose, pas plus que des autres antispamodiques, dont je ne condamne certainement pas l'emploi, mais qui me semblaient devoir totalement échouer en pareille circonstance.

II. — Mais, Messieurs, je dois vous avouer que, si j'étais résolu à mettre en œuvre tous les agents thérapeutiques proprement dits, je comptais surtout sur l'*Isolement*, c'est-à-dire sur le traitement moral, bien que celui-ci dût être forcément incomplet. En effet, il était possible que les enfants se rencontrassent dans l'hospice même — ce qui est souvent arrivé ; — de plus, les deux frères logeaient dans la même salle, et ainsi que leur sœur ils pouvaient, dans les dortoirs communs, avoir sous les yeux et à différentes reprises des manifestations de l'hystérie convulsive. Mais, nous n'avions pas le choix, et à mon avis il valait mieux pour eux vivre dans ces conditions que de rester dans la maison paternelle, en contact perpétuel avec le père et la mère, et entre eux dans des relations de tous les instants.

Je ne saurais trop insister devant vous sur l'importance capitale que j'attache à l'Isolement dans le traitement de l'hystérie, où, sans contestation possible, l'élément psychique joue dans la plupart des cas un rôle considérable quand il n'est pas prédominant. Il y a près de 15 ans que je suis fermement attaché à cette doctrine, et, tout ce que j'ai vu depuis 15 ans, tout ce que je vois journellement, ne fait que me confirmer de plus en plus dans mon opinion. Oui, il faut séparer les enfants, les adultes, de leur père et de leur mère dont l'influence, l'expérience le démontre, est particulièrement pernicieuse. L'expérience, je le répète, le démontre absolument, bien que la raison n'en soit pas toujours facile à donner, surtout aux mères qui ne veulent rien entendre et ne cèdent en général qu'à la dernière extrémité.

Dant la clientèle de ville, l'isolement, tel que je le comprends, se pratique journellement pour des cas de ce genre, dans d'excellentes conditions. A Paris, depuis une quinzaine d'années, les maisons de santé hydrothérapiques soignent de tels malades avec un plein succès, disposées qu'elles sont à cet effet. En province, l'isolement est plus difficile à effectuer car les établissements convenablement aménagés manquent le plus souvent : on peut à la vérité créer des maisons de santé artificielles, mais vous comprenez que l'installation y est souvent et forcément défectueuse.

Les malades sont placés sous la direction de personnes compétentes et expérimentées : ce sont habituellement des religieuses devenues par une longue pratique généralement très expertes dans le maniement de ce genre de malades. Une main bienveillante mais ferme, beaucoup de calme et de patience sont ici des conditions indispensables. Les parents sont systématiquement éloignés jusqu'au jour où une notable amélioration s'étant montrée on permet aux malades, *à titre de récompense*, de les voir, d'abord à intervalles éloignés, puis de plus en plus rapprochés, à mesure que la guérison s'accentue. Le temps et l'hydrothérapie, sans compter la médication intérieure, font le reste. Pour ma part, j'ai l'intime conviction que l'hystérie naissante, surtout chez les sujets jeunes, et particulièrement chez les mâles, pourrait être souvent étouffée dans l'œuf, s'il était possible de persuader aux parents de prendre dès l'origine des mesures énergiques et de ne pas attendre que le mal prenne racine et se développe pour avoir été trop longtemps abandonné à lui-même.

II. — Afin de rendre palpable cette influence si remarquable de l'Isolement dans le traitement de l'hystérie chez les jeunes sujets, y compris les jeunes filles nubiles, je pourrais vous citer nombre de cas où elle s'est montrée des plus efficaces. Mais, ne pouvant entrer dans de longs détails, je me bornerai à l'anecdote suivante, à mon avis très caractéristique.

Il s'agissait d'une jeune fille d'Angoulême, de treize ou quatorze ans, qui avait considérablement grandi depuis 5 ou 6 mois et qui, depuis ce moment, refusait systématiquement toute nourriture bien qu'il n'existât chez elle aucun trouble de déglutition, aucun désordre gastrique. C'était là un de ces cas qui confinent à l'hystérie, mais qui ne lui appartiennent pas toujours en propre, et qui ont été si admirablement décrits par Lasègue en France et par W. Gull en Angleterre sous le nom d'*anorexie nerveuse* ou d'*anorexie hystérique.* Les malades ne mangent pas; elles ne veulent pas, elles ne peuvent pas manger, bien qu'il n'y ait aucun obstacle mécanique au passage des aliments, aucun obstacle à leur séjour dans l'estomac lorsqu'ils ont été ingérés. Quelquefois, elles s'alimentent en cachette, mais non toujours comme on l'a supposé, et, bien que les parents eux-mêmes favorisent cette supercherie en déposant des aliments autrefois préférés de façon à ce qu'ils puissent être dérobés à leur insu, l'alimentation reste toujours insuffisante. On attend des semaines, des mois, espérant toujours que le désir des aliments va repaître. Les prières, les supplications, la violence ne peuvent triompher de cette résistance. Alors, l'amaigrissement ne tarde pas à survenir : il atteint des proportions véritablement extravagantes : les malades ne sont plus, sans amplification, que des squelettes vivants. Et de quelle vie! la torpeur cérébrale a succédé à l'agitation factice du début; depuis longtemps la marche et la station debout sont devenues impossibles; les malades sont confinées au lit où elles peuvent à peine se mouvoir : les muscles du cou sont paralysés, la tête roule comme une masse inerte sur l'oreiller; les extrémités sont froides, cyanosées; on se demande comment la vie peut persister au milieu d'un pareil délabrement.

Depuis longtemps déjà les parents se sont alarmés, mais l'alarme est au plus haut degré lorsque les choses en sont venues à ce point; elle est du reste bien justifiée, car la terminaison fatale est là menaçante, et je connais pour ma part au moins quatre cas où elle est survenue.

Telle était à peu près la situation chez la petite malade d'Angoulême lorsque je reçus une lettre du père me dépeignant cet état lamentable et me priant de venir voir son enfant. « Un déplacement est inutile, lui répondis-je, je puis, sans voir la malade, vous donner le conseil approprié : conduisez l'enfant à Paris, placez-là dans tel ou tel de nos établissements hydrothérapiques, abandonnez-la, ou tout ou moins faites en sorte qu'elle croie que vous avez quitté la capitale, prévenez-moi et je me charge du reste. » Ma lettre resta sans réponse.

Six semaines plus tard, je voyais un matin arriver chez moi, tout effaré, un confrère d'Angoulême, qui m'apprenait que la petite malade, dont il avait été le médecin, était à Paris, installée dans l'un des établissements que j'avais désignés; qu'elle allait du reste de mal en pis et que très probablement elle n'avait plus que quelques jours à vivre. Je lui demandai pourquoi je n'avais pas été prévenu de l'arrivée de la jeune fille. Il me fut répondu que les parents avaient évité de le faire parce qu'ils étaient résolus à ne pas se séparer de leur enfant. A mon tour, je fis observer que l'élément principal, la condition *sine quâ non* de ma prescription ayant été méconnue, je déclinais toute responsabilité dans cette malheureuse affaire. Cependant, à sa prière, je me rendis à l'établissement hydrothérapique en question et là, je pus voir un spectacle lamentable : celui d'une grande fillette de 14 ans arrivée au dernier degré de l'étisie et du marasme, dans le décubitus dorsal, la voix éteinte, les extrémités froides et violacées, la tête tombante, reproduisant en un mot dans ses traits les plus chargés, le tableau que je viens de vous esquisser. Il y avait véritablement de quoi être inquiet, très inquiet.

Je pris les parents à part et, après leur avoir adressé une rude remontrance, je leur dis qu'il ne nous restait, à mon avis, qu'une seule chance de succès : c'était qu'ils s'éloignassent ou parussent s'éloigner au plus vite, ce qui revenait au même. Ils diraient à leur enfant qu'ils étaient obligés pour une cause quelconque de repartir immédiatement pour Angoulême ; ils m'ac-

cuseraient moi, le médecin, de leur départ; peu importait d'ailleurs pourvu que la jeune fille fût persuadée qu'ils étaient partis; et cela, immédiatement.

Leur consentement fut difficile à obtenir malgré toutes mes remontrances. Le père surtout ne pouvait pas comprendre qu'un médecin pût exiger qu'un père s'éloignât de son enfant au moment du danger. La mère en disait autant. Mais la conviction m'animait, je fus peut-être éloquent car la mère céda d'abord et le père la suivit *en maugréant* et n'ayant, je crois, qu'une faible confiance dans le succès.

L'isolement était constitué : ses résultats furent rapides et merveilleux. L'enfant, restée seule avec la religieuse qui lui servait de garde et le médecin de la maison, pleura un peu, une heure au plus, et se désola beaucoup moins qu'on aurait pu le supposer. Le soir même, malgré sa répugnance, elle consentit à prendre la moitié d'un petit biscuit trempé dans du vin. Les jours suivants, elle prit un peu de lait, de vin, de bouillon, un peu de viande : l'alimentation se faisait, progressive mais lente.

Au bout de 15 jours, elle était relativement suffisante : les forces revenaient avec l'embonpoint, si bien, qu'au bout d'un mois, je vis la jeune fille assise sur un fauteuil et capable de détacher sa tête de l'oreiller. Elle put marcher un peu : on fit alors intervenir l'hydrothérapie, et, après deux mois, à dater du début du traitement, elle pouvait être considérée comme presque complètement guérie : les forces, l'appétit, l'embonpoint ne laissaient plus grand'chose à désirer.

Ce fut alors que la fillette interrogée par moi me fit la confidence que voici : « Tant que papa et maman ne m'ont pas quittée, en d'autres termes, tant que vous n'avez pas triomphé—car je savais que vous vouliez me faire enfermer — j'ai cru que ma maladie n'était pas sérieuse, et, comme j'avais horreur de manger, je ne mangeai pas. *Quand j'ai vu que vous étiez le maître, j'ai eu peur*, et, malgré ma répugnance, j'ai essayé de manger et cela est venu peu à peu. » Je remerciai l'enfant de sa confidence qui, comme vous le comprenez, contenait tout un enseignement.

IV. — Je pourrais facilement multiplier les exemples propres à bien mettre en lumière l'influence favorable de l'isolement bien entendu, dans le traitement de certaines maladies nerveuses non qualifiées comme aliénation mentale, et de l'hystérie ou encore de la neurasthénie en particulier.

Ce que je viens de dire, en effet, à propos de l'anorexie nerveuse, je pourrais le répéter à propos de la plupart des formes de la névrose hystérique. Mais, il me suffira, pour le moment, d'avoir éveillé votre attention sur cette influence curatrice de l'isolement; c'est un sujet sur lequel j'aurai d'ailleurs l'occasion de revenir bien des fois, sans doute, dans le cours de cet enseignement; j'en parle chaque année depuis tantôt quinze ans, et plusieurs des leçons que je lui ai consacrées ont été publiées. La méthode a du reste fait son chemin, car je vois qu'en Allemagne, en particulier, de même, du reste, qu'en Angleterre et en Amérique, son efficacité commence à être hautement proclamée. Aussi réclamerai-je pour nous l'antériorité car, si je ne me trompe, elle nous appartient légitimement, tout au moins en ce qui concerne le traitement de l'hystérie et des affections connexes. C'est en somme l'isolement qui représente l'élément capital dans la méthode qu'ont préconisée depuis quelques années MM. Weir Mitchell en Amérique, Playfair en Angleterre, Burkart (1) en Allemagne, dans le traitement de la neurasthénie et de certaines formes de l'hystérie (2).

V. — Mais, je m'aperçois qu'il est temps d'en venir à nos jeunes malades; je voudrais vous montrer ce qu'est devenue leur affection depuis six semaines, époque à laquelle a été institué le traitement dans lequel l'isolement a joué, à mon avis, le rôle capital. D'une manière générale, l'amélioration s'est produite simultanément chez tous les trois, en commençant par les garçons, ainsi que je l'avais annoncé.

Le plus jeune, François, peut être considéré comme guéri; il n'a pas eu de crises depuis quinze jours, et hier il est allé souhaiter la fête à son père; il est sorti triomphant de cette épreuve. Il n'en est pas tout à fait de même du frère aîné, de Jacques, qui, du reste, a été pris le dernier. Les grandes crises ont chez lui complètement disparu; cependant, elles ont été remplacées par de petits vertiges assez analogues par la forme aux vertiges épileptiques qui toutefois sont devenus très rares depuis quinze jours; néanmoins, chez son père, où il accompagnait son frère cadet, il a présenté un de ces petits vertiges que j'ai l'habitude de désigner sous le nom de *petit mal hystérique*.

La jeune fille n'a pas pris part à cette petite expédition, elle est restée à la Salpêtrière, car nous sommes beaucoup moins sûr d'elle que de ses frères; elle n'est du reste pas guérie, bien que de jour en jour ses crises diminuent de fréquence, de longueur et d'intensité. Les choses eussent été certainement beaucoup plus vite si, dans la salle qu'elle occupe, elle n'était pas en constante promiscuité avec les grandes hystériques dont elle voit journellement les attaques. Mais, nous n'avons pu faire mieux, n'ayant pas de salle d'isolement à notre disposition. Quoi qu'il en soit, la situation s'est très améliorée, car, fait décisif, les enfants ont pu se trouver plusieurs fois réunis tous les trois dans la salle d'électrothérapie sans qu'une crise s'en soit suivie.

Je vais d'ailleurs vous les présenter, les garçons d'abord, la fillette ensuite car, comme je vous l'ai dit, je ne suis pas très sûr d'elle et je crains que la vue de l'assemblée ne la trouble au point de provoquer quelques accidents. Donc, sur les garçons d'abord, et ensuite chez la jeune fille, je vous ferai reconnaître que les stigmates hystériques, comme nous les appelons, se sont modifiés de même que les crises spasmodiques ou délirantes; c'est là un fait important, car je ne crois pas qu'on puisse considérer une hystérique comme guérie tant que les stigmates persistent encore. Voici d'abord le petit François, âgé de 11 ans : c'est chez lui que la guérison est le plus avancée. Vous remarquerez d'abord qu'il a bien meilleure mine qu'autrefois, la médication

(1) R. Burkart. — *Zur Behandlung schwerer Formen von Hysterie und Neurasthenie.* (*Volkmann's Sammlung*, 8 octobre 1884.

(2) L'isolement des hystériques est depuis longtemps considéré comme la partie principale de leur traitement. Nous n'en voulons pour preuve que la citation suivante empruntée à Jean Wier (1564). « Au reste, s'il y a plusieurs ensorcellez ou démoniaques en un lieu, comme ordinairement nous voyons cela advenir ès monastères, principalement de filles, comme estans les commodes organes des tromperies de Satan, il faut avant toute chose, qu'elles soyent separées, et que chacune d'elles soit envoyée vers ses parens ou alliez : afin que plus commodément elles puissent estre instruites et guéries, ayant tousiours esgard au moyen selon la necessité de chacune, à exception que les chasser toutes à une mesme forme, comme on fait communément. » Jean Wier. — *Histoires, disputes et discours des illusions et impostures des diables*, etc., II, p. 173-174; édition Bourneville, Paris, 1885.

tonique et le régime de l'hôpital qui n'est cependant pas idéal, lui ont profité sous ce rapport. Quant aux stigmates, je vous rappellerai qu'ils consistaient chez lui en une anesthésie générale limitée à la face et surtout au front, sous forme d'un masque. Il ne sentait plus les odeurs et sa muqueuse nasale n'était pas plus influencée par les parfums que par l'ammoniaque ou l'acide acétique ; l'ouïe était obnubilée et on pouvait introduire dans le conduit auditif externe des petits cornets de papier, sans que la sensibilité en fût influencée. La sensibilité générale de la langue, de même que le goût, étaient complètement abolis : on pouvait impunément mettre sur la langue du sujet du sulfate de quinine ou de l'aloès sans qu'il en eût la moindre perception.

A ce propos, il y a environ une quinzaine de jours, je présentai ce petit malade à mon éminent confrère de Londres, M. le Dr Russell Reynolds, de passage à Paris, me proposant de lui faire constater ces troubles de la gustation. Je vous avoue que je fus très agréablement surpris en voyant le petit bonhomme retirer la langue en faisant une grimace épouvantable ; cela m'indiquait que notre méthode de traitement avait porté ses fruits et que le malade était en voie de guérison. Celle-ci, du reste, en ce qui concerne le goût, ne s'est pas démentie ainsi que vous allez pouvoir en juger par vous-mêmes.

La vision, vous le savez, présentait également chez cet enfant des troubles tout à fait spéciaux qui, s'il est vrai qu'ils n'appartiennent pas en propre à l'hystérie, s'y rencontrent si fréquemment qu'on peut leur attacher une grande importance diagnostique. Le rétrécissement du champ visuel était très accentué des deux côtés : mais, alors qu'à droite il n'existait pas de transposition des couleurs, non seulement à gauche, le cercle du rouge était en dehors du cercle du bleu, mais encore il dépassait celui de la lumière blanche. Un nouvel examen campimétrique, pratiqué il y a dix jours par M. Parinaud, nous a montré que tous ces troubles s'étaient évanouis, et que la vision était redevenue normale.

Je vous ai déjà dit que les crises avaient complètement disparu : laissez-moi vous rappeler qu'elles avaient été nombreuses puisqu'il y en avait en moyenne trois par jour, ce qui donne un total de 20 à 25 crises par semaine.

Je vous présente maintenant le petit *Jacques*, l'aîné des garçons, âgé de 12 ans, qui avait été pris le dernier, moins sérieusement du reste que son frère, et ne portait point de stigmates hystériques permanents. Chez lui, le petit mal hystérique l'emportait de beaucoup sur le grand mal : néanmoins, il avait eu 15 attaques en 7 jours. Depuis 15 jours, il n'a présenté que deux vertiges : et encore l'un d'eux s'est-il montré hier, dans les circonstances que vous connaissez. A ce propos, je relèverai une fois de plus qu'il s'agit là d'une imitation du vertige ou petit mal épileptique, et rien de plus. L'épilepsie n'est que dans la forme, non dans le fond, et en somme le *petit mal épileptique* et le *petit mal hystérique* sont deux choses radicalement, foncièrement distinctes (1). Vous remarquerez en outre, que si l'état général de l'enfant est devenu meilleur, il laisse néanmoins encore à désirer sous de nombreux rapports.

Voici maintenant *Julie*, la petite fille, l'aînée des trois : il me semble qu'elle a grandi depuis un mois, qu'elle s'est développée ; dans tous les cas son état général est devenu plus satisfaisant. Pour ce qui est de l'hystérie, rappelez-vous qu'elle avait en moyenne tous les jours, de 4 ou 5 attaques ou séries d'attaques qui duraient de une demi-heure à une heure et demie. Depuis 15 jours les attaques ne se montrent plus que deux ou trois fois par semaine ; elles sont moins violentes et durent à peine un quart d'heure. Vous savez qu'il existait chez elle des points hystérogènes très bien caractérisés, parallèlement situés sur les deux seins, les deux flancs à la partie externe, les deux mollets, les deux malléoles externes et la partie interne de l'articulation du coude droit. Les zones des deux seins, des mollets et du coude droit ont disparu ; il n'existe toujours pas d'ovarie, mais, en revanche, on constate quelques plaques d'anesthésie irrégulièrement disséminées à gauche. L'amblyopie hystérique, qui, chez elle, était très accentuée, n'existe plus depuis 10 jours : enfin, je vous ai déjà dit qu'elle pouvait impunément rencontrer ses frères sans prendre d'attaque.

Telle est la situation, et il y a tout lieu d'espérer que bientôt finira ce petit drame ou mieux encore cette petite comédie de famille, car il n'y a rien de bien sombre dans tous ces événements. Dans une dizaine de jours nous rendrons aux parents l'aîné des garçons, car le plus jeune partira aujourd'hui même et la fillette nous quittera un peu plus tard (1).

Je vous donne à méditer l'enseignement que porte avec elle l'histoire de ces enfants : je crois qu'à l'aide des moyens que je vous ai exposés, on peut quelquefois parvenir à étouffer dans l'œuf, surtout chez les mâles, l'hystérie naissante, l'hystérie infantile. Je ne parle, en ce moment, que de celle-ci ; car, lorsque cette névrose est invétérée chez les adultes, les chances de succès sont bien que grandes encore, beaucoup plus problématiques. Pour ce qui est de nos enfants, je crois que, malgré la prédisposition nerveuse qui chez eux semble si accentuée, les voilà désormais à l'abri pour longtemps, sinon pour toujours, des manifestations hystériques. Les parents, éclairés par l'expérience, s'éloigneront certainement désormais des pratiques du spiritisme. Connaissant le point faible de leurs enfants ils s'efforceront, je l'espère, à l'aide d'une hygiène, tant physique que morale et intellectuelle, d'éviter le retour de semblables accidents.

PATHOLOGIE INTERNE

Hôpital Necker. — Service de **M. TRELAT**.

Gros polype du rectum chez un homme de 40 ans enlevé par l'écrasement linéaire, reconnu histologiquement comme un adénome (2).

Par G. PHOCAS, interne des hôpitaux, aide d'anatomie de la Faculté.

Le nommé Marchand Charles, est entré le 16 mai 1884 dans la salle Saint-Pierre (service de M. U. Trelat.) Rien du côté de ses antécédents héréditaires. Erisypèle de la face il y a 7 ans. Pas de rhumatismes, ni autre maladie constitutionnelle. Il y a 8 ou 9 ans, le malade a fait une

(1) Voir sur ce sujet : 1° Bourneville et Regnard, *Iconogr. photogr. de la Salpêtrière*, t. I, p. 41 et t. II, p. 202. — Bourneville. *Recherches clin. et thérap. sur l'épilepsie, l'hystérie*, etc. Compte rendu du service des enfants de Bicêtre pour 1883, p. 100.

(1) Le plus jeune des garçons est aujourd'hui complètement guéri : depuis plus de 15 jours la jeune fille n'a eu qu'une attaque très légère, et pendant une visite des parents à la Salpêtrière.

(2) Communication faite à la Société anatomique en janvier 1884.

chute sur le derrière, et, 7 ou 8 mois après, a vu sortir du fondement pendant la défécation, une petite masse grosse comme une noisette. Depuis cette époque, cette masse sortait toutes les fois que le malade allait à la selle. Cela ne l'empêchait, du reste, pas de travailler et n'occasionnait pas de douleurs. Seulement, il rendait de temps à autre un peu de sang. Il consulta des médecins de la campagne qui lui conseillèrent des bains froids. Cependant, cette masse grossissait de plus en plus, et, il y a 2 ans, elle est devenue aussi grosse que maintenant. A cette époque, l'hémorrhagie au moment de la défécation, était devenue beaucoup plus abondante. Le sang coulait comme un filet d'eau. En même temps, le malade rendait des glaires blanches. Les douleurs étaient très peu vives. Après chaque défécation, il faisait rentrer sa grosseur, et c'est ainsi qu'il vécut jusqu'à la huitaine qui précéda son entrée à l'hôpital. Cependant, il y a 6 ou 7 mois, ce malade, jusque-là bien portant, a commencé à changer de couleur, il était devenu pâle, il a perdu l'appétit et les forces et avait des étourdissements. C'est même à la suite d'un accident de ce genre, qu'il se décida à venir consulter à l'hôpital.

Etat actuel. Homme assez fort, mais pâle et anémique. L'anus ne présente rien de particulier à la vue. Au toucher, rien de spécial à signaler à la partie inférieure du rectum, il faut monter à une hauteur de 6 à 7 centimètres avec le doigt, alors on sent une masse lobulée, qui occupe presque tout le calibre de l'intestin. Cette masse a une consistance molle et on peut facilement la déplacer. En reportant son doigt, vers la paroi antérieure du rectum, on sent un pédicule qui est large, plus dur que la masse elle-même et on a la sensation d'une bride. Pendant cette exploration, on ne fait pas saigner cette tumeur, et la douleur qu'on y provoque est fort légère. Le malade dit qu'il peut la faire sortir lorsqu'il va à la selle. On fait l'expérience, et, lorsqu'il revient du cabinet, on constate, en effet, que le polype fait saillie au dehors de l'anus, sous forme d'une masse sillonnée et partagée en plusieurs lobes, les lobes eux-mêmes étant partagés en lobules plus petits. La grosseur en est considérable, dépassant le volume du poing fermé d'un adulte, la couleur, rosée, recouverte par place de mucus, la consistance molle. Le pédicule est large, et, lorsqu'on le saisit entre le pouce et l'index, on sent les battements d'une artère. M. Trélat excisa deux petits lobules pour en faire l'examen histologique. A la suite de cette petite opération, le sang a coulé abondamment et a nécessité des attouchements au perchlorure de fer. Les douleurs sont modérées, mais elles s'exaspèrent après chaque exploration. Depuis quelque temps, le sang coule abondamment après chaque défécation. Le sang sort alors mélangé de glaires. A la suite de ces hémorrhagies répétées, le malade est très anémié, l'appétit est médiocre, il va trois ou quatre fois par jour à la selle, en diarrhée; mais, en dehors de cette anémie, l'état général est bon.

Le malade fut préparé pour l'opération, purgé deux jours avant l'opération, le jour même on lui administra un lavement, et une potion avec 10 centigrammes d'extrait thébaïque pour obtenir la constipation pendant les jours consécutifs. Le malade fut chloroformé. Ensuite M. Trélat l'opéra de la manière suivante : Il pratiqua d'abord la dilatation de l'anus avec son spéculum bivalve. Lorsque la dilatation a été obtenue, le polype pouvait être amené à l'extérieur et son pédicule était visible et assez facilement saisissable. Ce pédicule présentait deux portions, une qui dépendait de la tumeur et une autre formée par un dédoublement de la muqueuse. Cette dernière portion fut coupée aux ciseaux du thermo-cautère, mais comme le sang coulait en abondance, on remplaça immédiatement le thermo-cautère par l'écraseur linéaire et on fit la section du reste du pédicule, en serrant à raison d'un cran par demi-minute. La section eut, ainsi, lieu sans accident et d'une manière très simple. On débarrassa le rectum des caillots qu'il contenait et on le bourra de gaze iodoformée. Le polype à peine détaché de son point d'implantation parut moins volumineux que lorsqu'on l'examinait en place, phénomène qui a été, du reste, signalé.

Les suites de l'opération furent des plus simples. Le malade n'a pas eu de fièvre, il n'a pas beaucoup souffert. On laissa le pansement en place pendant 6 jours consécutifs, en maintenant la constipation par l'administration d'une potion opiacée. Le septième jour, on administra un purgatif et le malade était dès lors, guéri. Il est resté une quinzaine de jours dans la salle, et, pendant ce court espace de temps, il a repris des couleurs et son embonpoint, et il est sorti complètement guéri.

La pièce a été examinée dans le laboratoire de la Clinique, par M. Latteux, qui a bien voulu nous donner le résultat de cet examen, que nous reproduisons d'après sa note. « La pièce ayant été durcie par les procédés habituels (alcool, gomme picrique, alcool absolu) nous avons pratiqué des coupes en divers sens et les préparations ont été montées dans la glycérine après coloration, soit au picrocarminate, soit à l'hématoxyline. L'aspect est nettement glandulaire. On reconnaît immédiatement que l'ensemble du tissu est formé par l'hypertrophie de la couche glandulaire de l'intestin, dont les éléments se montrent, soit coupés en long, soit coupés en travers. Il n'existe aucun néoplasme analogue à ceux que l'on rencontre dans les épithéliomes du rectum : les éléments sont ceux-là même qu'on trouve normalement dans la région, mais augmentés en nombre et surtout en dimension. A un grossissement de 500 diam., l'épithélium qui tapisse les mamelons de la surface de la tumeur est cylindrique et entre ses cellules s'en montrent d'autres, vésiculaires et gonflées de mucus. Ce sont elles qui sécrètent cette matière gluante, dont on parle dans l'observation. Quant au tissu conjonctif ou stroma, il est infiltré de nombreuses cellules embryonnaires et montre un assez grand nombre de vaisseaux dans son épaisseur. »

Réflexions. — Il s'agit, en somme, d'un gros adénome du rectum chez un adulte. Ce polype offre certaines particularités dignes de fixer l'attention. Remarquons d'abord que les polypes du rectum sont rares chez l'adulte, à tel point que certains auteurs s'accordent à les regarder comme l'apanage presque exclusif de l'enfance. Cette opinion, trop absolue, a été depuis combattue par plusieurs auteurs, qui ont signalé des polypes chez l'adulte et même chez le vieillard (Allingham, Gosselin). Depuis que M. le professeur Trélat est à Necker, c'est la seconde fois qu'il observe un polype du rectum chez l'adulte. Le premier qu'il a vu avait le volume d'une noix, il a été enlevé avec la plus grande facilité. Dernièrement encore M. Pozzi appelait l'attention de la Société de chirurgie sur un petit polype du rectum, qu'il enleva chez l'adulte. Il n'en est pas moins vrai que ces faits restent exceptionnels, et la raison de cette rareté chez l'adulte doit être attribuée, selon le professeur Trélat, à ce fait qu'on enlève dans l'enfance les petits polypes du rectum. Au point de vue du *volume* de notre polype, M. le professeur Trélat affirmait que c'est le plus gros polype qu'il ait jamais vu, Il offrait donc un volume absolument exceptionnel. Le point d'implantation des polypes du rectum siège en général de 2 à 5 centimètres de l'orifice anal. L'implantation du pédicule au-dessus de 6 à 7 centimètres est très rare. Notre polype s'insérait à 8 centimètres de l'anus environ. C'est encore une particularité qui mérite d'être signalée. Enfin, contrairement à la règle, ce pédicule s'insérait non aux parois latérales, mais à la paroi antérieure du rectum. Si maintenant on consulte les auteurs classiques, on trouve signalés de gros polypes de l'adulte, mais tous ces gros polypes étaient des polypes fibreux. Le nôtre offre cette particularité remarquable, qu'avec une structure folliculaire des plus manifestes, il offre en même temps un volume insolite.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Du pneumococcus (1).

Au troisième congrès de médecine interne, M. Jürgensen (2), partisan de la théorie parasitaire de la pneumonie fibrineuse, a soutenu que tout autre organe que le poumon peut être le siège du développement de pneumococcus et que ceux-ci peuvent même s'y développer avant de le faire dans le poumon. Il rapporte que Nauwerk a trouvé treize fois le pneumococcus de Friedländer dans les reins de malades atteints de néphrite et de pneumonie. Lui-même l'aurait observé dans une méningite survenue dans le cours d'une pneumonie.

Le travail de M. Jürgensen, un des plus intéressants qui ait paru en 1884, traite d'ailleurs d'autres points très importants : étiologie et ses relations diverses avec le milieu ambiant, contagion, unité, localisations, etc.

Au même congrès, M. Fränkel a dit avoir rencontré dans la pneumonie des coccus fusiformes (spindelförmige). Selon le cas spécial d'où proviendrait le matériel de culture dont on s'est servi pour l'inoculation, les lapins seraient réfractaires ou succomberaient avec des symptômes d'affections infectieuses avec localisation sur la plèvre et le péricarde. Cet auteur ne considère pas la capsule et la prolifération en forme de clou comme caractéristiques du pneumococcus, parce que, d'une part, ces phénomènes ne sont pas constants et que, d'autre part, ces propriétés appartiennent à d'autres schizomycètes (3).

Dans la même séance du Congrès, M. Friedländer a fait part de ses nouvelles recherches, d'où il résulte que dans certaines périodes de la pneumonie, le micrococcus spécifique se trouve dans le sang et est capable de se multiplier. La capsule, la prolifération en forme de clou ne caractérisent pas le micrococcus, mais bien l'ensemble des symptômes qui constituent un cycle parfait des phénomènes (4).

Dans un travail publié quelques jours après (5), M. Friedländer écrit que, dans ses recherches faites en collaboration avec M. Gram (de Copenhague), il n'est pas parvenu à observer directement le micrococcus dans le sang des pneumoniques, mais que ces mêmes micrococcus se rencontraient en grand nombre dans le sang des animaux inoculés avec les cultures. Il attribue ce résultat à ce qu'un coccus isolé peut échapper à l'examen histologique, mais que, placé dans un milieu nutritif convenable, il croit facilement, et devient, de ce fait, facile à retrouver. Le sang était pris sur le malade au moyen de ventouses scarifiées et en s'entourant de toutes les précautions antiseptiques, puis cultivé dans la gélatine. Sur six cas de pneumonies non douteuses, dont le sang fut examiné à différents jours de la maladie, un seul donna un résultat positif. Avec ces cultures, il fut fait de nombreuses inoculations qui donnèrent des résultats identiques à ceux publiés auparavant. Les lapins se montrèrent complètement réfractaires et les souris moururent de pneumonie franche; sur celles-ci l'on retrouva des micrococcus à capsules. Les produits pathologiques servirent à d'autres inoculations et à d'autres cultures. M. Friedländer conclut de ces faits que, dans certains cas de pneumonie, ou peut-être à une époque déterminée de la pneumonie, l'on rencontre dans le sang des pneumococcus capables de se reproduire. Il n'y a du reste rien d'étonnant à ce que dans un grand nombre de cas le micrococcus manque dans le sang.

M. Friedländer rappelle ensuite qu'il n'a jamais eu l'idée de considérer la capsule et le mode de prolifération en forme de clou comme caractéristiques du microbe de la pneumonie. Ce qui caractérise le pneumococcus est le *cycle* complet des apparitions, comme la constatation de la capsule à l'examen microscopique, la naissance de la prolifération en clou dans les cultures à la gélatine, l'effet de ces organismes cultivés sur les animaux auxquels on les inocule ; leur reproduction après avoir été pris à ces animaux pour être cultivés dans la gélatine.

Les recherches nombreuses et récentes de M. Friedländer ne lui ont pas toujours permis de constater la présence, dans certains cas de pneumonie, de pneumococcus. L'examen histologique décèle dans tous les cas de nombreux micrococcus, à l'exception seule des cas tout à fait anciens, mais les cultures donnent assez souvent des résultats négatifs ou donnent lieu au développement de micrococcus dont la prolifération, dans la gélatine et l'action sur les animaux sont tout à fait différentes de l'autre. Ces différences peuvent être expliquées de plusieurs façons : ou il existe plusieurs formes de pneumonie, ou le pneumococcus a existé à un moment donné, ou a perdu ses qualités de vitalité. Ces questions restent sans solution et demandent de nouvelles recherches.

M. Friedländer tient cependant pour très vraisemblable l'existence de plusieurs agents capables de produire la pneumonie, de même que la suppuration est déterminée par différents micro-organismes Il est d'accord en cela avec les cliniciens qui admettent que l'unité de la pneumonie est loin d'être absolument établie.

La possibilité qu'après un certain temps le pneumococcus ait perdu toute vitalité, quoique encore visible au microscope, est une opinion fort soutenable. La pneumonie, sous ce rapport, diffère complètement de la tuberculose. Le bacille tuberculeux croit et périt très lentement, et même dans ce dernier cas, il laisse de nombreux spores qui, pendant de longues années, et peut-être durant toute la vie, peuvent ne pas se développer, mais qui, dans des circonstances favorables, se développent et causent de nouvelles poussées tuberculeuses, soit localisées, soit généralisées. Les essais de

(1) Voir *Progrès médical*, n° 8, 21 février 1885.

(2) *Verhandlungen der III. Congresses für innere Medicin*. — Berlin. — 21, 24 avril 1884); *Die genuine Pneumonie*, p. 6-17.

(3) Quelques orateurs, Rühle, Baumler, etc., ont toutefois émis des doutes soit sur la nature spécifique du microccus de Friedländer, soit sur le caractère contagieux de la pneumonie.

(4) « Als characteristisch für die Pneumonie-Micrococcen habe ich betrachtet und möchte ich betrachten lediglich den geschlossenen Kreis der Erscheinungen, also erstens das Auftreten der Kapseln bei microscopischer Untersuchung, das Entstehen der Nagelkulturen bei Kultivirung auf der ganz bestimmt zusammengesetzten Gelatine, dann die Wirkung dieser gezuchteten Organissen bei Einbringen auf Thiere, etc. » *Loc. cit.*, p. 13.

(5) Friedlander. — *Weitere Bemerkungen uber Pneumonie-Micrococcus* (*Fortschritte der Medicin.* n° 10. 15 mai 1884).

cultures avec les organes tuberculeux donnent toujours des résultats positifs (Koch). La croissance du pneumococcus est au contraire très rapide, sa vitalité beaucoup plus courte ; il ne laisse après lui dans les organes atteints aucun germe. Il est très possible que déjà, au moment de la crise les organismes présents aient perdu toute vitalité, ce qui expliquerait les résultats négatifs des cultures essayées avec les cadavres de micrococcus où existaient cependant les capsules typiques.

M. J. Samter (1) dit avoir rencontré le pneumococcus chez une femme tuberculeuse (bacilles) morte de pneumonie aiguë intercurrente. Nous ne ferons que signaler deux autres publications qui ont rapport au microbe de la pneumonie : Un cas de pneumonie aiguë avec micrococcus capsulés, cultures et inoculations (résultats semblables à ceux de M. Friedländer), publié par MM. Koranyi et Babès (2) et des recherches identiques faites par M. Salvioli (3), avec cultures liquides.

M. Klein (de Londres) a publié un travail (4) dans lequel il a exposé les résultats de ses recherches sur le pneumococcus qui, dit-il, ne saurait être admis sans restriction. Il rappelle la présence dans les crachats pneumoniques d'un grand nombre de bacilles et de micrococcus ; selon lui, la plupart des alvéoles n'en contiendraient pas, ou seulement çà et là quelques rares micrococcus ovales rangés en chaînettes.

Ses inoculations sur les souris et les lapins avec des crachats du 3e au 7e jour seraient restées souvent infructueuses, ou auraient produit des symptômes septicémiques qui se rattachent à deux formes distinctes : 1° septicémie caractérisée par une diarrhée intense, de l'hyperthermie (41°,2 et plus après 24 heures, puis état stationnaire ou élévation thermique jusqu'à la mort), et par les lésions suivantes trouvées à l'autopsie : exsudat trouble péritonéal avec pseudo-membranes sur les intestins, le foie et la rate ; masse muqueuse et visqueuse remplissant l'intestin grêle ; rate peu ou pas hypertrophiée ; reins pâles, cœur dilaté, surtout à droite, et gorgé de sang liquide ; poumons hyperémiés avec lésions microscopiques de l'apoplexie capillaire, sans noyau de pneumonie fibrineuse ; exsudat péricardique et pleural ; grand nombre de micrococcus ovales ou sphériques isolés ; accouplés et surtout en chainettes, entourés d'une mince gaine hyaline, dans le sang du cœur, des gros vaisseaux, dans les vaisseaux du poumon, des reins et du foie. — Le sang des animaux morts de cette forme de septicémie inoculé en petite quantité à d'autres lapins reproduit la même septicémie. 2° Septicémie caractérisée par l'absence de diarrhée, une hyperthermie légère (1/2 degré au-dessus de la température normale 24 heures après l'inoculation), persistant jusqu'à la mort sans jamais atteindre le degré de celle observée dans la première forme. A l'autopsie pas d'exsudat péritonéal, rate nettement hypertrophiée, d'un rouge sombre, cœur contracté, poumons hyperémiés sans pneumonie fibrineuse ; grand nombro de micrococcus ovales, même quelque peu effilés, isolés ou accouplés deux à deux, entourés d'une zone hyaline, dans le sang du cœur et des vaisseaux du poumon y compris les capillaires. Le sang de ces animaux reproduit chez le lapin la même forme de septicémie.

Injecté hypodermiquement à des souris le crachat pneumonique amènerait la mort du 2e au 3e ou 4e jour. A l'autopsie : inflammation de l'intestin grêle rempli d'une masse muqueuse et visqueuse, rate le plus souvent hypertrophiée, de couleur sombre, cœur contracté ; quelquefois péricardite et pleurésie, poumons hyperémiés mais sans noyaux pneumoniques fibrineux ; très grand nombre des mêmes micrococcus que ci-dessus dans le sang du cœur, etc., dans les exsudats pleuraux. Le sang du cœur de ces animaux inoculé à d'autres souris reproduit la même septicémie. Le sang d'un lapin mort de la 1re forme de septicémie et inoculé en très petite quantité à la souris reproduit cette même 1re forme.

Les liquides de culture de ces micrococci injectés aux lapins et souris déterminèrent de même la septicémie. Du fait que les crachats ne donnaient souvent aucun résultat ou de la septicémie, M. Klein conclut que leur action nocive est due à un élément étranger accidentel. M. Klein ajoute que les formes de septicémie sont identiques à celles décrites par M. Koch sur le lapin.

Il aurait vu de même clairement dans la pyémie du lapin les capsules ou enveloppes hyalines considérées par M. Friedländer comme caractéristiques (c'est M. Klein qui parle) du pneumococcus ; cette pyémie s'était développée à la suite d'une inoculation faite avec le suc d'un poumon d'un porc mort de péripneumonie (1).

Le mémoire de M. Klein, autour duquel on a fait grand bruit, présente certes de l'intérêt à plusieurs points de vue, mais il nous semble qu'il perd beaucoup de sa valeur dans le cas spécial à cause du produit utilisé, les crachats, pour les recherches.

Nous citerons pour mémoire seulement, et comme ne rentrant que très indirectement dans notre sujet, les recherches de MM. Canali et Zampettai (*Revista clinica* di Bologna, janvier 1884) ; ces auteurs injectèrent directement des crachats pneumoniques et d'autres liquides ou produits pathologiques ou non dans les bronches d'animaux, mais si, dans tous les cas, ils ont pu constater indifféremment des noyaux soit de pneumonie fibrineuse, soit de pneumonie catarrhale, ces expériences mal conduites ne prouvent absolument rien quant à la nature de l'agent contagieux. Ils n'ont du reste pas fait l'examen histologique des crachats injectés et leurs résultats ne peuvent être attribués qu'aux

(1) Samter. — *Mischinfection von Tuberkelbacillen und Pneumonie-Mikrokokken Berl. klin. Wochenschr.* n° 25, 1884.

(2) Korányi et Babès. — *Pester med. chirurg. Presse*, mai 1884.

(3) Salvioli. — *Archivio p. l. Scienze med.*, vol. VIII, p. 127).

(4) E. Klein. — *Ein Beitrag zur Kenntniss der Pneumokokkus* (*Centralblatt f. d. med. Wissensch*, n° 30, 26 juillet 1884).

(1) Les micrococcus décrits par MM. Cornil et Babès dans la péripneumonie bovine (surtout dans les vaisseaux lymphatiques), mesuraient de 0 μ. 5 à 1 μ. ; ils étaient arrondis, isolés ou disposés deux par deux. Ils avaient été signalés pour la première fois, disent ces auteurs, par MM. Willems et van Kempen dans l'exsudat de la péripneumonie en 1852. Plus récemment MM. Bruylant et Verriet, professeurs à l'université de Louvain, les ont décrits et cultivés (*Recueil de médecine vétérinaire*, 1881). » — Cornil et Babès. — *Contribution à l'étude des inflammations liées à la presence des microbes. — Péripneumonie contagieuse. — Pneumonie rubéolique. — Erythème du rouget des porcs.* (*Archives de physiologie*, 1883, 2e semestre, p. 228). — Voir pour la *pleuropneumonie du cheval* micrococcus ovales et diplococcus semblables à ceux de la pneumonie humaine). Mendelsohn, *Die infektiose Natur der Pneumonie Zeitsch. f. kl. Med.* Bd. VII, 4. 2.)

corps étrangers irritants, injectés dans les bronches.

Dans la seconde édition du *manuel de microscopie clinique* de MM. Bizzozero et Firket, ce dernier dont tout le monde connait l'excellent esprit scientifique, dit « avoir rencontré parfois le microbe de Friedländer dans le sang, notamment dans le contenu du ventricule gauche et dans les vaisseaux glomérulaires du « rein, mais, ajoute-t-il, à côté de ces faits, j'ai réuni quelques observations qui me paraissent établir que l'infection générale dans la pneumonie peut être, parfois du moins, une infection parasitaire mixte. »

MM. Foà et Ratrone (1) dans une communication provisoire faite à l'Académie de médecine de Turin ont fait part de leurs recherches sur le pneumococcus; elles ne diffèrent pas, en somme, de celles publiées par M. Friedländer; toutefois il est à signaler que chez les cobayes, le microbe de la pneumonie aurait produit des inflammations locales (au lieu d'inoculations), sans que les poumons présentassent d'altération à l'autopsie.

Nous trouvons encore dans les *Mittheilungen aus der medinischen Klinik zu Würzburg* de 1885, un travail de M. Sergius Platinow (2) fait sous la direction du professeur Gerhardt. Après un historique intéressant du pneumococcus, il examina les différentes propriétés attribuées au microbe de la pneumonie, les compare à celles des autres microorganismes en se basant sur les recherches antérieures des auteurs et sur les siennes propres et conclut que la capsule et la culture en forme de clou ne sont nullement caractéristiques du pneumococcus, qu'elles lui sont communes avec bien d'autres parasites; que les micro-organismes contenus dans les crachats des pneumoniques ne peuvent être d'aucune utilité pour le diagnostic, que l'examen du sang est loin de fournir toujours des résultats positifs. Il termine en critiquant la méthode de Günther et de Leyden (Examen de l'exsudat aspiré par ponction avec la seringue de Pravaz); il rappelle à cet égard que l'autopsie a parfois révélé un grand nombre de micrococcus dans des cas où l'examen n'avait, pendant la vie, donné aucun résultat; qu'outre la difficulté d'avoir une quantité d'exsudat suffisante il n'est pas toujours facile de pratiquer la ponction à l'endroit favorable et qu'elle peut de plus n'être pas sans danger (abcès du poumon, etc.).

Dans ce travail, dont le lecteur n'aura qu'un bien faible aperçu par les quelques lignes que nous avons pu lui consacrer et qui mérite d'être lu en entier, quoique l'auteur n'ait en résumé apporté aucun argument bien nouveau pour combattre le pneumococcus, la spécificité de chacun des caractères du microbe de la pneumonie n'étant plus admise, il n'en est pas moins vrai qu'il a su grouper et présenter avec habileté tous les arguments qui militent contre le micrococcus spécifique. On ne peut toutefois conclure rigoureusement de ces recherches et de cet exposé qu'une seule chose, c'est qu'actuellement nos connaissances sur le pneumococcus ne sont pas assez précises pour pouvoir être utilisées avec fruit dans le diagnostic clinique de la maladie. L'étiologie parasitaire de la pneumonie n'est nullement ébranlée, l'agent ou les agents seuls sont en cause. Le professeur Gerhardt, on le sait, accepte comme M. Jürgensen, la nature parasitaire et l'unité de la pneumonie fibreuse.

Beaucoup de travaux cités n'ont qu'une valeur très restreinte, car les auteurs parlent de micrococcus sans rien spécifier, assimilent leurs micrococcus à ceux qui ont été découverts et décrits d'une façon suffisante par les auteurs, parlent de cultures et d'inoculations dans les mêmes conditions, en un mot mêlent microbes et auteurs sans y attacher plus d'importance. Les procédés employés par la coloration, les cultures ou les inoculations ne sont souvent que très imparfaitement indiqués et ne sont parfois même pas du tout décrits.

En résumé, la plupart de ces travaux ne peuvent sérieusement servir à combattre ou à confirmer les résultats obtenus récemment en Allemagne par M. Friedländer et par quelques autres médecins. Nous avons cru toutefois qu'il était bon de mettre sous les yeux du lecteur les pièces du procès encore pendant.

P. Bricon.

(1) Pio Foà et Giorgio Ratrone. — *Osservazioni ed esperimenti sul pneumococco* (*Gazzetta delle cliniche*, 20 janvier 1885).

(2) Platinow. — *Uber die diagnostiche Bedeutung der Pneumoniecoccus*, p. 221-257.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 21 février 1885. — Présidence de M. P. Bert.

M. Laborde, à propos du procès-verbal, montre un cobaye qui présente de l'anesthesie générale à la suite d'une injection sous-cutanée de cocaïne: la cornee, cependant, est restée sensible. La cocaïne produit donc, employée de cette façon, une anesthésie générale. Son mode d'action est toutefois complètement différent, de celui du chloroforme en particulier.

M. Chamberland vient répondre à MM. Galippe et Bourquelot, qui, dans la dernière séance, ont prétendu qu'on ne pouvait, avec le filtre qui porte son nom, filtrer à froid des liquides de façon à les stériliser. Il présente un modèle de son filtre, qui n'est du reste qu'une modification du filtre-Pasteur, et dit que, maintenant, au laboratoire de ce dernier, on se sert presque exclusivement de ce nouveau modèle, qui permet d'obtenir des liquides aussi stériles que l'urine qu'il met sous les yeux de la Société. Toutefois, il faut connaître deux choses, à savoir: que, pendant les deux premiers jours qui suivent la filtration, le liquide peut sembler louche par suite de la précipitation d'une certaine quantité de sels à l'état de particules très fines qu'il ne faudrait pas prendre pour des micro-organismes. Enfin, il ne faut pas prolonger la filtration au delà de certaines limites, car il pourrait se développer dans ces circonstances, à l'extrémité du filtre, des mycéliums qui ensemenceraient le liquide.

M. Galippe répond qu'il connaissait très bien les recherches de M. Duclaux sur la précipitation des particules amorphes, qu'on ne peut confondre du reste avec les organismes inférieurs, vu qu'elles ne se colorent pas. En outre, il croit que si, ainsi que le dit lui-même M. Chamberland, un mycélium, qui est à un micro-organisme ce que le chêne est au roseau, peut traverser le filtre, les micro-organismes devront également passer très facilement à travers ses parois.

M. Chamberland insiste sur ce point qu'il ne faut pas laisser le liquide trop longtemps en contact avec le filtre.

M. M. Duval remet une note, de la part de M. Laulanié, sur *la cellule placentaire de quelques rongeurs*.

M. Gellé communique le résultat de ses recherches sur quelques phénomènes subjectifs de l'audition. Il s'est servi du diapason la_3 et a surtout observé l'audition des *battements* dans le but d'accroître le champ de la séméiotique

auriculaire. Il s'est servi d'un dispositif spécial, supprimant la masse d'air qui vibre entre le point sonore et le tympan récepteur, et au moyen d'expériences variées, a pu démontrer ce fait : que les sons résultants, de même que les battements, peuvent être de formation sonore subjective.

M. Rabuteau, répondant à une précédente communication de M. Duclaux incriminant la classification actuelle des aliments, soutient que cette classification est bonne, car elle s'appuie sur leur constitution chimique. Il nie en outre qu'on puisse séparer, ainsi que dit l'avoir fait M. Duclaux, les acides par distillation. Il donne ensuite la formule de trois curares dont il a pu faire récemment la synthèse.

M. Œchsner de Coninck a rencontré de la pyridine dans les alcools méthylique et amylique bruts. Il a décelé et dosé cette base par un procédé nouveau. Il n'a pas trouvé de pyridine dans l'alcool ordinaire du commerce.

M. Regnard a examiné *l'action toxique des substances végétales sur la levûre de bière*. Certaines rendent la fermentation un peu plus rapide : la strychnine et le curare, par exemple ; d'autres la retardent ou l'arrêtent, comme la digitaline, l'atropine, l'ésérine, la nicotine, etc. Il a, dans le même but, employé le procédé dont on se sert pour injecter les poteaux télégraphiques. Il a injecté des arbres vivants avec des solutions de ces divers agents, et bientôt, avec la pousse, il va pouvoir se rendre compte de l'effet produit.

M. P. Bert a fait autrefois des recherches analogues. En particulier, il a arrosé des radis plantés dans un pot avec une solution de strychnine. Ceux-ci ont très bien poussé, pas mieux cependant que ceux qui ayant été en même temps plantés dans un pot voisin, avaient été arrosés avec de l'eau simple. Ces radis, de même que leurs feuilles, contenaient de la strychnine à dose toxique, et le goût particulier de la plante masquait complètement le goût amer de cet alcaloïde.

M. Henneguy rappelle qu'à propos du phyloxéra, on a essayé d'injecter des ceps de vigne avec du sulfate de cuivre, en particulier, et qu'on a obtenu des résultats entièrement négatifs. Gilles de la Tourette.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 février 1885.— Présidence de M. Bergeron.

M. Verneuil fait une communication sur *l'érysipèle et la méthode antiseptique*. — La méthode antiseptique, si puissante contre les maladies infectieuses, est beaucoup moins efficace contre l'érysipèle. Néanmoins, il est incontestable que l'érysipèle se montre rare dans les services de chirurgie, où la méthode antiseptique est pratiquée. A quoi tient cette diminution et pourquoi cette persistance de la maladie ? Tout d'abord M. Verneuil établit un parallèle entre le nombre des érysipèles observés par M. Gosselin de 1862 à 1867 dans le service de la clinique de la Pitié, et le nombre des cas qu'il a observés lui-même dans ce même service depuis 1872. Ce parallèle permet de constater que les mesures d'hygiène, préconisées par M. Gosselin, ont largement contribué à abaisser et le chiffre des érysipèles intérieurs et le chiffre de la mortalité par cette maladie ; il permet aussi de reconnaître que les mesures antiseptiques ont donné des résultats plus satifaisants encore. En 1862, 1863, 1864, M. Gosselin eut à soigner 133 érysipèles donnant une mortalité de 31. En 1865, 1866, 1867, grâce aux mesures d'hygiène prises par M. Gosselin, on n'observe que 45 cas avec 9 décès : 13 de ces cas venaient de l'extérieur, 32 étaient intérieurs. C'est en restreignant les entrées du dehors et en les isolant que M. Gosselin était parvenu à assainir son service. Voici maintenant les résultats de M. Verneuil : En 1877, 1878, 1880, il eut 30 cas avec 7 décès ; 6 cas venaient du dehors, 24 étaient intérieurs. L'antisepsie, certes, ne suffit pas à tout, ne dispense pas de tout. Dans le cas actuel, il eût été désireux d'associer aux pansements antiseptiques, un isolement complet et efficace. L'érysipèle a donc diminué considérablement à la Clinique chirurgicale de la Pitié, mais il persiste ; à quoi attribuer cette persistance ? L'érysipèle des hôpitaux a deux origines : la ville empoisonne l'hôpital par les malades qu'elle y envoie, l'hôpital contamine la ville par ses convalescents. L'érysipèle étant une maladie parasitaire, il suffit de constater que son germe n'existe pas partout et se développe plus particulièrement dans certaines conditions pour se mettre sur la voie de la prophylaxie. A cet effet, M. Verneuil conseille les préceptes suivants : 1° Les médecins de la ville s'efforceront de soigner à domicile les érysipélateux, et prendront vis-à-vis d'eux les mesures capables d'empêcher la contagion et le développement des petites épidémies locales. 2° Si les malades sont forcés d'entrer à l'hôpital, ils seront isolés aussitôt dans des salles spéciales pour ne point infecter les salles communes, faire naître les petites épidémies et reproduire l'endémie. 3° Si l'isolement n'est pas réalisable faute de salles spéciales, on s'efforcera au moins de créer autour du malade une sorte de cordon sanitaire. 4° On traitera enfin les érysipélateux du dehors par tous les moyens capables d'abréger le mal, de détruire les germes du contage ou d'empêcher au moins leur dispersion. Les pansements antiseptiques sont ici plus indiqués que jamais : on aura recours en particulier à la pulvérisation phéniquée prolongée, qui a le double avantage d'agir topiquement sur l'érysipèle et de créer entre l'érysipélateux et ses voisins une sorte d'atmosphère aseptique. 5° Contre l'érysipèle intérieur, les précautions ne seront ni moins nombreuses, ni moins efficaces. On évitera d'abord toutes les manœuvres exercées sur les plaies et qui font si souvent naître l'érysipèle ou la lymphangite par auto-inoculation. On emploiera l'antisepsie sous toutes ses formes et avec tous ses procédés dans les cas de blessures et de plaies, et surtout dans les opérations cavitaires. 6° Si, malgré tout, un cas se développe dans l'intérieur, on le placera, si c'est possible, dans une chambre d'isolement, sinon on lui appliquera l'isolement relatif indiqué plus haut, et on instituera de suite le traitement par la pulvérisation phéniquée, sans préjudice des médications internes indiquées. 7° Toutes les précautions antiseptiques et les applications externes de même nature seront continuées longtemps après la disparition de l'exanthème, la contagiosité de celui-ci se prolongeant pendant toute la période de desquamation.

M. Gosselin déclare que les pansements antiseptiques ont beaucoup diminué, sans les avoir fait complètement disparaître, les érysipèles opératoires. Durant huit années (1874-1882), M. Gosselin a compté à la Charité, 86 érysipèles qui lui ont donné 63 guérisons et 23 morts. A part les pansements à l'eau-de-vie camphrée, qu'il a fréquemment employés depuis 1874, M. Gosselin a eu recours au pansement de Lister, vers la fin de 1879. Ses résultats, après le pansement des plaies de tête avec l'alcool, et celui des plaies opératoires du sein, tantôt avec l'eau-de-vie camphrée, tantôt avec l'acide phénique, l'autorisent à dire avec M. Verneuil, que les antiseptiques sont, dans une large mesure, préservateurs de l'erysipèle traumatique opératoire.

M. Panas annonce que les résultats qu'il a obtenus, sont en tous points conformes à ceux annoncés par MM. Verneuil et Gosselin.

M. L. Le Fort déclare que les pansements à l'alcool camphré lui ont donné des statistiques excellentes. Dans les circonstances présentes, il ne peut donc s'empêcher de considérer le camphre comme un excellent antiseptique.

M. Trélat attribue à l'action des pansements antiseptiques ce fait de n'avoir pas observé un seul cas d'érysipèle dans son service de l'hôpital Necker, depuis une année.

M. Horteloup fait une communication sur le *traitement du varicocèle*. L'opération préconisée par M. Horteloup, consiste à retrancher une portion notable de la peau du scrotum, à diminuer par conséquent l'ampleur des bourses et à leur permettre de soutenir avec une efficacité bien plus grande, le testicule et le cordon malades. A. Josias.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 30 mai 1884. — PRÉSIDENCE DE M. CORNIL.

11. Écrasement par un tramway. — Section complète de la jambe gauche au niveau de la tubérosité antérieure du tibia. — Décollement épiphysaire de l'extrémité inférieure du fémur. — Amputation de cuisse. — Mort par choc traumatique; par A. BROCA, interne des hôpitaux, aide d'anatomie à la Faculté.

OBSERVATION. — Phister (Marius), âgé de trois ans et demi, entré le 26 mai 1884, salle Denonvilliers, n° 13 (hôpital Trousseau, service de M. Lannelongue). L'enfant avait été écrasé à 4 heures du soir par un tramway. On l'a apporté à l'hôpital à six heures et demie. La jambe gauche est complètement séparée du corps. La section du tibia passe au niveau de la tubérosité antérieure. Le péroné n'est pas fracturé ; sa tête, qui fait saillie à la surface, a été disjointe de son articulation tibiale. La plaie est fortement contuse, noire, mâchée. La peau forme en avant un lambeau qui descend au-dessous de la rotule. Il n'y a aucune hémorrhagie, et il ne s'en est pas fait au moment de l'accident. Le blessé est pâle, dans un état semi-syncopal. Le pouls est très petit. La température n'est qu'à 36°.

M. Segond, appelé, arrive à 9 heures du soir. Espérant avoir assez de peau avec le lambeau antérieur qui existait, il se borne d'abord à désarticuler le plateau tibial après avoir relevé ce lambeau et il lie l'artère poplitée. Après régularisation des parties contuses, la peau se trouvant insuffisante, il veut amputer la cuisse au 1/3 inférieur et constate alors que l'épiphyse inférieure du fémur est mobile. La section du fémur est pratiquée à 7 centimètres environ au-dessus de l'articulation. La poplitée est liée de nouveau au-dessus du fil précédent. Un drain est mis dans chaque angle de la plaie et la suture est pratiquée. Le chloroforme a duré pendant quarante minutes. L'enfant s'est bien réveillé. Mais il était fort refroidi ; malgré des frictions, des boules d'eau chaude, il ne s'est pas réchauffé et est mort à 4 heures du matin.

La mobilité de l'extrémité inférieure du fémur tenait à un *décollement épiphysaire* de cette extrémité. La plaie est fort démonstrative, quoique ce ne soit pas un type parfait de décollement. Le cartilage conjugal est resté tout entier adhérent à l'épiphyse, mais au niveau du condyle interne il n'a pu s'affranchir de ses liens avec le tissu spongieux qui termine en bas la diaphyse. Le 1/3 interne est entièrement recouvert par du tissu osseux : là il y a fracture et cette fracture se prolonge sur la moitié antérieure du tiers moyen. Dans le reste, la surface du cartilage épiphysaire est à nu. Du côté du fragment supérieur on voit des lésions correspondantes : en dehors on a une surface mamelonnée; en dedans une surface irrégulière, déchiquetée, fracturée en un mot. Donc, il y a un mélange de décollement épiphysaire et de fracture proprement dite.

12. Sur une anomalie singulière des arcs vertébraux des vertèbres lombaires; par A. BROCA, interne des hôpitaux, aide d'anatomie à la Faculté.

Il y a quelques jours je pratiquais une coupe verticale médiane sur une vertèbre lombaire (probablement la première) et lorsque la section de l'apophyse épineuse fut terminée, je vis à ma grande surprise la lame latérale droite tomber à terre. Examinant alors la plaie de plus près, je me rendis compte qu'il ne s'agissait pas là d'une fracture accidentelle, mais d'un état anormal, certainement congénital et qui me parut bizarre.

La moitié gauche de la vertèbre est conformée d'une façon parfaitement régulière. Mais la moitié droite de l'arc est divisée en deux parties : l'antérieure attenante au corps vertébral, est constituée par le pédicule avec l'apophyse transverse et l'apophyse articulaire supérieure. En arrière et un peu au-dessous de cette dernière apophyse se trouve une cupule absolument lisse, ayant à peu près la forme d'une calotte sphérique. A cette cavité correspond une surface arrondie, également lisse, qui termine en avant la partie postérieure. Cette partie est formée par l'apophyse articulaire inférieure et par la lame, soudée au niveau de l'apophyse épineuse avec celle du côté opposé. Si on remet les diverses pièces en contact, on constate que la vertèbre a une configuration normale; et un léger trait indique seul l'articulation anormale que je viens de signaler. Il va sans dire que je ne sais pas si des ligaments en assuraient la continuité : c'est une vertèbre isolée, dont je ne connais même pas la provenance.

Ainsi, dans cette vertèbre, il y a une anomalie unilatérale consistant en ce qu'une solution de continuité existe dans la masse latérale, entre l'apophyse articulaire supérieure et l'apophyse articulaire inférieure. La régularité des surfaces, des bords qui les limitent ne permet pas, en effet, de penser que c'est une solution de continuité accidentelle. J'eus alors l'idée de chercher, chez M. Tramond, parmi les ossements vieux entassés dans les ateliers. Je n'ai pas trouvé de vertèbre absolument semblable à la précédente, mais j'en ai rencontré plusieurs qui présentent avec elle des analogies évidentes. Elles sont au nombre de sept. Peu importe d'ailleurs ce nombre. Il ne peut servir en rien pour établir la fréquence relative de l'anomalie qui m'occupe en ce moment, car ces vertèbres proviennent de colonnes dépareillées et jetées pêle-mêle. Ici, l'anomalie est en somme la même, mais elle est bilatérale, si bien que la vertèbre se trouve divisée en deux. La partie antérieure comprend le corps d'où part de chaque côté le pédicule, avec l'apophyse transverse et l'apophyse articulaire supérieure. La partie postérieure, en forme de V, comprend les lames, soudées entre elles, et les apophyses articulaires inférieures. Mais, outre la bilatéralité, il y a encore une différence avec la première vertèbre que j'ai décrite. Il n'y a aucune régularité dans les surfaces par lesquelles les deux parties se correspondent. La portion antérieure présente derrière chaque apophyse articulaire supérieure des dépressions rugueuses; le V postérieur se termine en avant par deux extrémités à tubercules irréguliers. Sur une de ces vertèbres, provenant d'un squelette entier, je suis absolument sûr que ces deux morceaux répondent à la même vertèbre et l'irrégularité des surfaces est manifeste : il y a simple juxtaposition. Cette irrégularité pourrait faire penser que l'on est en présence d'une solution de continuité accidentelle : cela est incompatible avec la symétrie des lésions, avec leur similitude d'une vertèbre à l'autre. Un fait remarquable est que sur ces sept vertèbres, cinq sont incontestablement des cinquièmes lombaires ; la sixième est une des premières lombaires; la septième, lombaire également, est douteuse comme rang. Donc, sur une quantité considérable de vertèbres quelconques que j'ai passées en revue, l'anomalie précédente n'a été trouvée qu'à la région lombaire, et généralement à la cinquième lombaire. Pourquoi cette prédilection? Je l'ignore. Mais avant de chercher à en trouver la cause, il faudrait donner une explication de l'anomalie.

Or, si on étudie dans les auteurs classiques (Sappey, Kölliker) le développement des vertèbres, on y voit que chaque vertèbre se développe par trois points principaux : un médian forme le corps ; deux latéraux mis de chaque côté au sein des masses latérales se prolongent en arrière par les lames, en avant par les pédicules et se soudent d'abord entre eux au niveau de l'apophyse épineuse, puis avec le corps vertébral. Un arrêt de développement permet de comprendre, ce qui a lieu quelquefois, qu'il y ait solution de continuité soit au niveau de l'apophyse épineuse, soit au niveau des pédicules. Mais comment peut se produire une séparation au milieu des masses latérales ? Il y a certainement là une cause qui nous échappe et vu la constance de la lésion, vu son siège exclusif à la région lombaire, il est fort admissible qu'il y a dans cette région quelque particularité embryologique capable de donner la clef du problème. Il faudrait d'autre part étudier la question au point de vue de l'anatomie comparée. Dans quelques rapides recherches, je n'ai trouvé dans la série animale aucun fait analogue à celui que je viens de signaler.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 25 février 1885. — PRÉSIDENCE DE M. DUPLAY.

M. CHAUVEL lit une observation de M. le Dr Follet sur un *kyste hématique de la fesse. Extirpation. Guérison au bout de six mois.*

M. VERNEUIL a traité, chez une dame de 50 ans environ, un kyste hématique qui s'étendait depuis l'épine iliaque antérieure et supérieure jusqu'au milieu de la cuisse et qui datait d'une douzaine d'années. Il n'a point cherché l'extirpation, mais il a ouvert largement la poche au thermo-cautère, a gratté les fausses membranes et promené le fer rouge sur toute la surface interne de la poche; la guérison fut obtenue en trois mois. M. Verneuil pense donc que l'extirpation qui est toujours longue et difficile n'est pas nécessaire; un grattage énergique des fausses membranes et une vigoureuse application du thermo-cautère sur la surface interne du kyste donneront des résultats aussi satisfaisants.

M. TERRILLON a reçu, au sujet du malade dont M. Humbert a donné l'observation, des renseignements nouveaux qu'il vient communiquer. Le malade, à sa sortie de Vincennes, est rentré à l'Hôtel-Dieu. La marche n'est pas vicieuse, la fracture est complètement consolidée, mais il existe toujours une tuméfaction assez notable et dure: il existe au niveau de la tumeur une fistule de 5 ou 6 centimètres par laquelle un stylet introduit donne la sensation d'une portion d'os indurée: l'état général du malade est bon. Il ne paraît donc pas douteux aujourd'hui qu'il s'agissait non d'un ostéo-sarcome mais d'une ostéomyélite avec fracture consolidée.

M. NICAISE donne lecture d'un rapport sur une observation de M. Robert concernant les résultats d'une amputation sous-périostée. Il s'agissait d'une amputation de cuisse dans laquelle le malade avait succombé à la septicémie au bout du 36e jour. A l'autopsie M. Robert constata la rétraction de la manchette périostée et un développement considérable d'ostéophytes: le canal médullaire était oblitéré dans toute son étendue: Cette rétraction du lambeau de périoste et l'existence des ostéophytes porte M. Robert à conclure contre l'emploi de la méthode sous-périostée. M. Nicaise ne partage pas cette opinion: il fait remarquer que les ostéophytes ne se produisent qu'après les réunions tardives lorsque la suppuration a permis à l'os et aux tissus voisins de s'enflammer. Au contraire, si vous obtenez la réunion primitive, ces développements osseux exagérés ne se montrent point et les succès sont assurés par la méthode sous-périostée.

M. PERIER fait une communication sur *un cas de fistule stercorale consécutive à une hernie étranglée. Suture latérale de l'intestin. Guérison.*

A la suite d'une hernie étranglée abandonnée à elle-même chez un homme robuste, il s'était produit une perforation avec gangrène étendue des téguments et issue naturelle des matières fécales. Le malade avait résisté à tous les accidents, la guérison s'était faite et six mois après le début de l'étranglement le malade entrait dans le service de M. Périer avec une petite fistule stercorale située à la partie interne de l'aine gauche. Le 25 novembre 1883, M. Périer tente la guérison de cette fistule: il mobilise l'intestin et en suture l'orifice de manière à ce que les lèvres se renversent en dedans et viennent faire saillie dans la cavité intestinale; puis réunion de la plaie cutanée et pansement antiseptique. Le jour même le malade rendait des gaz par l'anus, ce qui, depuis six mois, n'avait jamais eu lieu, et treize jours après l'opération la guérison était effectuée sans pus et sans fièvre aucune.

M. BOUILLY rapporte une observation de *fistule pyo-stercorale. Opération. Mort.* La malade, jeune fille de 20 ans, avait eu, à l'âge de trois ans, un abcès de la région ombilicale ayant donné lieu à une petite fistule d'où s'écoulaient des matières fécales. Une première tentative avait été faite par M. Trélat qui, après débridement, avait reconnu que l'origine de la fistule était intestinale et située du côté de la fosse iliaque. M. Bouilly suppléant M. Trélat à la Charité, trouva la malade dans des conditions précaires avec un écoulement incessant de matières fécales déterminant un érythème étendu de la paroi abdominale; elle réclamait du reste énergiquement l'intervention chirurgicale. Après ouverture de la paroi abdominale, M. Bouilly trouva sur l'intestin deux perforations de 1 cent. de diamètre chacune et séparées par un petit pont de tissu sain: il plaça six points de suture de Lembert à l'orifice inférieur et six à l'orifice supérieur: il gratta le trajet fistuleux et laissa longuement ouverte la plaie abdominale. Le jour même de l'opération et pendant les deux jours qui suivirent, des vomissements incessants et résistant à tout se montrèrent. L'état général devint mauvais; la température monta à 39 degrés et cependant le ventre était souple, non ballonné, sans douleurs. Le surlendemain des matières fécales s'écoulèrent par la plaie: de la somnolence, de l'hébétude se manifestèrent et la malade succomba le 17 octobre cinq jours après l'opération. M. Bouilly ne pouvait se défendre de penser à la péritonite comme cause de cette terminaison fatale. Mais à l'autopsie, qui fut faite partiellement, il ne trouva ni trace de péritonite, ni effusion des matières dans la cavité abdominale; les sutures avaient manqué dès les premiers jours. Aussi serait-il porté à croire que la cause de la mort est une affection latente, indéterminée, qui aurait été réveillée par le traumatisme.

M. VERNEUIL, en ce qui touche l'intervention, aurait agi plus lentement et aurait pratiqué l'opération en deux temps. Il aurait largement ouvert le trajet fistuleux sans toucher à l'intestin. Par suite du développement des granulations, le trajet se serait converti en une sorte d'infundibulum au fond duquel eussent été placées les perforations qui, rétrécies elles-mêmes par le travail réparateur, eussent été plus facilement réunies, ce que l'on eût fait dans un second temps. Quant à la cause de la mort il penserait plutôt la rattacher à des phénomènes urémiques, les reins ayant subi une dégénérescence consécutive à la péritonite généralisée.

M. DUPLAY a eu l'occasion de traiter plusieurs fistules pyo-stercorales et a vu que dans ces cas les opérations sur l'intestin ne réussissent presque jamais. Au contraire, lorsque l'on se contente de cautériser au thermo-cautère le trajet fistuleux et d'attendre la guérison du bourgeonnement de la plaie, les résultats sont plus favorables; il a, pour sa part, deux cas où il a obtenu des succès complets par la méthode de la cautérisation. Aussi pense-t-il que la suture latérale de l'intestin aussi bien que la suture après résection, comme dans le cas de Julliard (de Genève) n'offrent que peu de chances de succès et doivent être rejetées.

M. NICAISE présente deux appareils construits par M. Collin pour le traitement des raideurs articulaires du coude ou du genou. A. DAMALIX.

REVUE D'OPHTHALMOLOGIE

XI **Réfraction et Accommodation** (partie clinique), par E. LANDOLT 2e fascicule du tome III du *Traité complet d'ophthalmologie*; par de WECKER et LANDOLT). — Paris. Delahaye et Lecrosnier. 1885.

XII. **De l'amplitude de convergence**; par Mlle ELLABY. Thèse de Paris, 1885.

XIII. **Recherches sur la cyclite**; par le Dr P. HAENSELL (in *Bulletin de la clinique nationale ophthalmologique des Quinze-Vingts*, 1884, n° 3.)

XIV. **Présentation d'un nouvel écarteur, construit d'après les indicateurs du** Dr GUESDES DE MELLO (*Bulletin de l'Acad. de méd.* 19 août 1884).

XI. L'ouvrage de M. Landolt réalise un progrès réel sur ceux de ses devanciers. Non seulement, en effet, l'auteur a su traiter son sujet en homme d'expérience et d'érudition, mais il a su en présenter les diverses parties sous une forme qui, en excitant l'intérêt, provoque la réflexion chez le lecteur. Nous n'avons pas besoin de dire qu'aucun des travaux les plus récents sur la réfraction et l'accommodation n'a été oublié, et nous n'apprendrons rien à personne en ajoutant que les recherches de M. Landolt, ses idées personnelles et les fruits de sa sagace expérience contribuent

largement à faire de son traité un ouvrage de première valeur. Une courte analyse de ces 205 pages donnera une idée de leur contenu.

L'emmétropie, l'hypermétropie et la myopie, tout en étant trois types de refraction divers, comprennent dans leur ensemble une série continue d'états d'adaptation de l'œil, dont les termes moyens, correspondant à l'emmétropie et aux faibles degrés d'amétropie, représentent un fonctionnement normal des yeux. Si, en effet, on peut considérer l'œil hypermétrope comme imparfaitement développé, l'œil myope comme pathologiquement distendu dans tous ses diamètres, l'hypermétropie et la myopie légères chez l'adulte ne causent aucun trouble grave de la vision, n'entraînent aucun danger pour l'avenir de cette fonction. Ce dernier état de réfraction peut même être considéré comme une dépendance particulière de cette loi générale en vertu de laquelle les organes se modèlent insensiblement d'après leur destination. Les yeux des hommes civilisés sont faits surtout pour regarder de près; de là leur tendance à devenir myopes à travers les générations.

Mais où s'arrête l'état normal? où commence l'anomalie? C'est, dit M. Landolt, au moment où la vision binoculaire commence à souffrir par le fait de désaccord que le défaut optique crée entre les deux fonctions essentielles à ce genre de vision, la convergence et l'accommodation. C'est en grande partie sur cette idée féconde en déductions pathogéniques et thérapeutiques que repose la division de l'amétropie en trois groupes principaux : l'amétropie *faible*, dans laquelle la vision binoculaire s'accomplit aussi aisément que chez l'emmétrope ; — l'amétropie *moyenne*, où l'équilibre entre la convergence et l'accommodation devient instable; — et l'amétropie *forte*, où cet équilibre est définitivement rompu. Les limites de chacun de ces groupes sont d'ailleurs fixées par M. Landolt à l'aide de valeurs dioptriques.

Ainsi muni d'un fil conducteur, le lecteur chemine à son aise dans le dédale, en apparence si compliqué, des questions qui se rattachent à l'hypermétropie, à ses différents degrés, au strabisme convergent qui l'accompagne si souvent, de même qu'aux deux états inverses et fréquemment simultanés, la myopie et le strabisme divergent, latent ou déclaré. Le problème parfois délicat du traitement de ces anomalies est simplifié d'une façon notable par l'application du principe que nous venons d'énoncer.

La fixation binoculaire à courte distance est, en effet, un des modes de fonctionnement les plus importants de nos yeux, celui dont les troubles donnent le plus souvent lieu aux plaintes des personnes qui en sont affectées. Insuffisance relative de l'accommodation chez les hypermétropes; insuffisance de convergence relative ou absolue chez les myopes; rupture de la synergie entre les droits internes et les muscles ciliaires, telles sont les principales causes des difficultés que rencontre la vision rapprochée chez les amétropes et qui produisent l'asthénopie. La correction exacte de ces anomalies exige une connaissance non moins exacte de leur degré et de l'écart qui existe entre ce degré et l'état physiologique. Dans l'étude de ces points délicats, M. Landolt a introduit une notion nouvelle et riche en applications pratiques; nous voulons parler de la *quote* accommodation et de la *quote* de convergence.

La fusion binoculaire et l'adaptation à courte distance au moyen de la réfraction dynamique exigent un effort des droits internes d'une part, des muscles ciliaires de l'autre. Cet effort, pour pouvoir être soutenu pendant toute la durée du travail, ne doit pas représenter la totalité de l'énergie de ces muscles, mais seulement une fraction de cette énergie maximale, une *quote*. Il était naturellement du plus haut intérêt de rechercher quelle pouvait être la valeur de cette quote. Il suffisait alors de connaître l'amplitude d'accommodation et celle de convergence, la partie de chacune de ces valeurs employée dans la vision binoculaire rapprochée, et, grâce à des observations multiples et attentives, de s'assurer du moment où le rapport entre la force requise et la force disponible devenait insuffisant pour entretenir la vision simultanée et nette avec les deux yeux. La nouvelle notation pour la convergence imaginée par M. Nagel, et introduite dans la clinique par M. Landolt, rendait le calcul aussi simple pour cette fonction que pour l'accommodation.

De nombreuses expériences ont permis à l'auteur de fixer cette quote à un quart ou un tiers pour l'accommodation, à un tiers environ pour la convergence. Autrement dit, une personne qui travaille de près avec les deux yeux doit posséder en réserve les deux tiers ou les trois quarts de son amplitude accommodative, les deux tiers de sa force totale de convergence, si elle désire s'appliquer sans interruption à ce travail pendant un temps un peu long. Il faut dire que la pratique confirme d'une façon remarquable l'exactitude de ces chiffres. L'introduction de la quote de convergence dans le calcul de l'effet à obtenir par une opération dirigée contre l'insuffisance des droits internes fait gagner singulièrement à ce calcul en facilité et en précision.

L'analyse des paragraphes qui traitent de toutes les ressources optiques mises à la disposition de l'oculiste par les différents verres de lunettes, celle du chapitre relatif à l'anisométropie nous entraîneraient trop loin. Ce ne sont certes pas les parties les moins intéressantes de l'ouvrage, ni les moins abondantes en enseignements utiles. M. Landolt, sans se départir d'ailleurs de la sobriété qui distingue son exposition, n'a pas craint d'entrer dans des détails minutieux, mais indispensables, en ce qui concerne l'action multiple des lentilles sur l'organe visuel, leurs indications et leurs contre-indications, les inconvénients qu'elles peuvent avoir, la confection des lunettes, leur pose et leur mode d'emploi.

Non seulement l'auteur se meut avec aisance au milieu du labyrinthe des anomalies purement optiques de l'œil et des principes de leur correction, mais il y entraîne ses lecteurs sans les fatiguer par une marche trop rapide, sans les dérouter par un brusque changement de direction. Il n'est pas moins agréable à suivre lorsqu'il s'engage dans les questions difficiles des altérations pathologiques capables d'influencer la réfraction oculaire et du traitement qu'il convient d'y opposer. Existe-t-il en ophthalmologie un sujet plus embrouillé que celui de la genèse de la myopie? Il y a pourtant des concordances secrètes entre tant d'opinions diverses, entre tant de manières différentes d'observer les phénomènes cliniques et d'en concevoir la cause. Cette harmonie est l'expression de la constance de certains faits et de leur importance dans l'histoire de la myopie. Grouper ces faits essentiels, en examiner la signification, soumettre tous les phénomènes contingents à une analyse permettant de les rapporter aux faits fondamentaux, apporter enfin à ce travail l'appui d'une expérience consommée, c'est ce qu'a entrepris l'auteur. Et l'on peut affirmer qu'il a fait faire uu pas important à cette obscure question, en la présentant sous un jour des plus lumineux.

M. Landolt établit d'abord une distinction capitale entre deux formes de myopie : en premier lieu, la myopie *typique*, simple anomalie de réfraction. sans lésion des tissus oculaires, résultat d'un hasard dans la construction de l'œil ou d'une tendance héréditaire à l'adapter au travail rapproché, — et, en second lieu, la myopie *maligne*, dont le caractère progressif et destructeur accuse la nature pathologique. Quelles sont les causes des altérations que présente l'œil affecté de cette dernière forme de myopie? De quelle façon conduisent-elles à l'allongement de l'axe optique? Ce dernier est-il peut-être un fait primordial; est-il l'origine des lésions des membranes oculaires, ou n'en est-il, comme c'est plus probable, que la conséquence? Autant de questions que s'est posées l'observateur qui réfléchit. Sans les résoudre d'une façon définitive, M. Landolt, basé sur les données les plus récentes de la statistique et de l'anatomie pathologique, y donne du moins des réponses dont la sagacité satisfait le lecteur et excuse le caractère forcément hypothétique de quelques-unes d'entre elles. C'est ainsi qu'il arrive à la classification étiologique suivante de la myopie : 1° *m. héréditaire et congénitale*; 2 *m. héréditaire, mais acquise*; 3° *m. congénitale non héréditaire*; 4° *m. acquise non héréditaire*.

Les pages consacrées à la prophylaxie et au traitement de la myopie constituent un chapitre d'hygiène oculaire d'une grande valeur. On y trouvera des détails pleins d'intérêt sur ce qui concerne le travail oculaire, les conditions dans lesquelles il doit s'accomplir, l'éclairage, la typographie, etc.

Nous nous sommes attardé à parler des anomalies de la réfraction. Aussi n'abuserons-nous plus longtemps de la patience du lecteur. Nous nous bornerons à constater que l'étude des anomalies de l'accommodation, précédée d'un court résumé sur la physiologie de cette fonction, est aussi consciencieusement faite, tant pour ce qui a trait à l'étiologie qu'à la symptomatologie et au traitement. Deux chapitres sur l'action des myotiques et des mydriatiques, ainsi que sur l'antagonisme entre ces deux classes de médicaments, ont été introduits dans cette étude, qu'ils complètent d'une façon avantageuse.

XII. En analysant, dans une précédente revue, la première partie du *Traité de réfraction d'accommodation* de M. Landolt, nous avons parlé déjà de l'amplitude de convergence et du nouveau procédé proposé par l'auteur pour la mensuration de cette amplitude. Depuis la publication de ce volume, il a poursuivi ses études sur ce sujet. Il a fait de nombreuses mensurations de l'amplitude de convergence chez des emmétropes et des amétropes, chez des personnes jouissant d'une bonne vision binoculaire à courte distance et chez d'autres atteintes d'asthénopie due à des troubles dans le fonctionnement des droits internes. Le résultat de ces observations se trouve consigné dans la thèse de Mlle Ellaby, qui en a recueilli elle-même un très grand nombre à la clinique de M. Landolt.

Après avoir rappelé la définition de l'amplitude de convergence, les principes de la notation de l'amplitude en angles métriques, les rapports qui unissent la convergence à l'accommodation, et le procédé proposé par M. Landolt pour déterminer le minimum et le maximum de convergence, Mlle Ellaby réunit ses observations en un premier tableau d'ensemble. Elles y sont groupées, chacune avec l'état de réfraction correspondant, dans un ordre qui n'est autre que celui de la progression du chiffre exprimant l'amplitude de convergence. L'examen approfondi de ce tableau suggère à l'auteur les conclusions suivantes :

1° L'état de réfraction n'exerce que peu d'influence sur l'état de la convergence, si ce n'est dans le sens d'une légère augmentation dans l'amétropie. — 2° L'amplitude de convergence, chez les emmétropes à vision binoculaire normale, peut osciller entre 10.75 et 15.5 *am*, le maximum variant de 10 à 16 *am*. — 3° Chez les hypermétropes, la moyenne de l'amplitude de convergence atteint 14 *am*. Elle dépasse donc notablement celle des emmétropes. Chez eux cependant la force abductrice présente une moyenne inférieure à celle de l'emmétrope. Les droits internes sont donc généralement plus forts que ceux des emmétropes. — 4° Chez les anisométropes, la moyenne est un peu inférieure à celle trouvée pour les hypermétropes. — 5° Les myopes dont les yeux fonctionnent normalement ont une amplitude de convergence dont la moyenne se rapproche de celle des emmétropes, tout en lui étant un peu inférieure. La force abductrice, chez les myopes, est beaucoup plus considérable que chez les hypermétropes.

Mlle Ellaby cherche ensuite à établir la *quote* de convergence en réserve nécessaire pour une fixation binoculaire rapprochée et prolongée. (Voyez ce que nous avons dit plus haut sur ce sujet.)

Le travail se termine par quelques observations d'amplitude de convergence chez des strabiques qui ont conservé la vision binoculaire sur un certain espace. Ces observations offrent un intérêt particulier en ce qui concerne le strabisme divergent des myopes et sa correction au moyen de la ténotomie d'un ou des deux droits externes.

XIII. M. Hänsell, dont les travaux d'histologie normale et pathologique de l'œil sont connus, s'est attaché dernièrement à étudier la nature des modifications que subissent, dans la cyclite, les cellules cylindriques qui tapissent la région ciliaire de la rétine ou la portion non plissée des procès ciliaires. Ses observations ont porté sur onze yeux énucléés à la clinique des Quinze-Vingts, à une période plus ou moins éloignée du début de l'affection.

D'après cet intéressant travail, les cellules en question, irritées par le traumatisme et surtout par l'infection qui en est la conséquence, sortent de l'état indifférent où elles se trouvaient; leurs noyaux prolifèrent, absorbant la substance protoplasmatique, et ces cellules se transforment peu à peu en fibrilles conjonctives. Ces dernières, avec les fibrilles du corps vitré enflammé, constituent la fausse membrane cyclitique. L'identité de nature des cellules cylindriques du corps ciliaire avec les fibres de Müller est donc démontrée. Elles appartiennent, comme H. Müller, Kölliker et M. Schultze l'ont déjà soutenu, au groupe des substances conjonctives.

Il faut ajouter que la division nucléaire peut conduire non seulement à la formation d'un tissu fibrillaire, mais aussi à celle d'un exsudat purulent. Enfin, la rétraction de la membrane conjonctive néoformée entraîne la dissociation des fibres du muscle ciliaire. L'auteur nous promet, sur les microbes de la cyclite, des recherches ultérieures, que nous attendons avec un très grand intérêt.

XIV. M. Guesdes de Mello, un de nos confrères distingués du Brésil, a modifié l'écarteur usuel de façon à en rendre la fermeture et l'ouverture plus rapide et surtout possible avec l'aide d'une seule main. Dans ce but, il a supprimé la vis de serrage. La branche transversale de l'écarteur porte une petite crémaillère, dans les entrailles de laquelle s'engage un petit levier d'arrêt à ressort. L'instrument étant tenu entre le pouce et le médius, l'indicateur presse sur un petit bouton et dégage le levier. On peut alors écarter ou rapprocher à volonté les deux branches. Dès que la pression cesse, celles-ci se trouvent maintenues à l'écartement qu'on leur a donné.

M. de Mello a imaginé également un appareil très pratique, pouvant servir à la fois à la détermination subjective de la diplopie et à l'examen du champ visuel. Il se compose de deux disques de dimensions inégales. Le plus grand est divisé de 15 en 15 degrés sur chacune de ses faces. Il peut être fixé sur un pied ou contre un mur. Le plus petit, concentrique au premier, peut tourner autour de son axe. Il est creusé, sur sa surface, d'une gouttière munie de deux ressorts qui servent à maintenir une règle en bois noir. Celle-ci porte, d'un côté les tangentes des angles calculées pour une distance de 16 centimètres, de l'autre les tangentes calculées pour une distance de 2 mètres. Le premier côté sert à l'examen du champ visuel; le second, à celui de la diplopie.

Le pied de l'instrument est disposé de façon à permettre de le fixer à une hauteur déterminée. Il porte le nécessaire pour la fixation de la tête; sur une petite tige perpendiculaire au pied est placée une petite bougie, poussée par un ressort, qui la maintient toujours au même point. La flamme de la bougie sert d'objet de fixation pour l'examen de la diplopie. — Cet instrument a été construit par M. Nachet jeune, opticien. ÉPERON.

BIBLIOGRAPHIE

Traité de l'affection calculeuse du foie; par le Dr Jules Cyr. Librairie V. Delahaye et Lecrosnier, 1884.

Comme il le dit dans sa préface, les conditions particulières de sa pratique soit dans sa clientèle, soit dans son service d'hôpital, ont fourni à l'auteur les abondantes matières qu'il a condensées dans la monographie qu'il présente au public. Aussi ce livre, œuvre tout à fait personnelle, présente le grand mérite d'être clair, concis et débarrassé du fatras bibliographique trop souvent à la mode dans ce genre de traité.

Il commence par étudier le calcul biliaire en lui-même et l'envisage : 1° dans ses *caractères physiques*; 2° dans sa *composition chimique*; 3° dans son *mode de formation*.

Sachons-lui gré de ne pas s'être étendu à perte de vue sur des analyses chimiques infinitésimales qui ne seraient que peu utiles à la science et pas du tout au clinicien. A propos du mode de formation du calcul, il rappelle la théorie du chimiste Thénard ; il admet comme autre mode de formation la présence d'un excès de chaux dans la bile et aussi le plus ou moins de facilité de ce liquide à circuler ou sa disposition à être stagnante.

Dans le chapitre *Etiologie*, il étudie d'abord les *conditions susceptibles de modifier la composition de la bile*, et, parmi elles, *l'alimentation*, qui joue un rôle considérable ; la *suppression de la lactation* qui, au contraire, est fort discutable ; l'*hérédité* et l'*arthritisme*. En ce qui concerne cette diathèse, il rapporte les idées diamétralement opposées de Bazin d'une part, et de MM. Durand-Fardel et Jaccoud d'autre part, sans d'ailleurs se prononcer entre eux. La *dyspepsie* en faisant passer des matériaux mal élaborés dans le foie ; le *catarrhe des voies biliaires* en ralentissant le cours de la bile, rentrent également dans ce chapitre.

Parmi les conditions susceptibles d'entraver le cours de la bile, il faut citer la *situation de la vésicule*, la *vie sédentaire*, la *constriction exagérée de la taille* qui rendrait compte de la plus grande fréquence des coliques hépatiques chez la femme, la *constipation habituelle*, la *grossesse*. L'auteur consacre plusieurs pages à l'étude de ce dernier point et reproduit une note qu'il a publiée l'année dernière dans les *Annales de gynécologie*. Pour lui la gestation doit être rangée parmi les causes prédisposantes les plus sérieuses de l'affection calculeuse du foie. Quelle explication donner de cette action de la grossesse ? On peut admettre avec M. Huchard le réveil de la diathèse arthritique. Mais ne faut-il pas tenir compte aussi de la modification que la grossesse exerce sur la glande hépatique et qui se traduit par un certain degré de dégénérescence graisseuse ? Si l'organe qui est le laboratoire de la bile est altéré à un certain degré, il n'est nullement inadmissible que le produit qu'il fabrique n'ait pas ses qualités normales. De quelle nature sont ces modifications de la bile ? On n'est pas encore éclairé sur ce point, mais il était intéressant d'en faire au moins mention. Il y a aussi à se demander si la compression dont les organes abdominaux sont le siège par le fait du développement de l'utérus gravide n'atteint pas le foie, et, si elle ne détermine pas alors un certain degré de stase ou de ralentissement du cours de la bile, condition éminemment favorable comme on le sait, à la formation des cholélithes. La constipation habituelle pendant la gestation est aussi une condition adjuvante dont il y a lieu de tenir compte. Après l'accouchement les conditions de compression cessant, la circulation biliaire reprend son activité normale et imprime ainsi à tout l'appareil hépatique une vive impulsion qui favorise singulièrement l'engagement des calculs, ce qui explique la fréquence relative des crises dans les quelques jours qui suivent l'accouchement. De là, parfois, erreur de diagnostic et confusion avec une métrite, une péri-métrite ou même une péritonite. Dans ce même chapitre rentrent les *tumeurs du foie* de toute espèce, et une autre cause dont l'influence est enveloppée d'obscurité, le *traumatisme*.

L'étude de la symptomatologie est aussi complète que possible, pas un point de cette histoire n'est passé sous silence ; mais il nous est impossible d'en donner un résumé, il faudrait tout citer. Notons cependant un point intéressant et peu connu dans le paragraphe relatif au système nerveux ; à coté de la *migraine* et des *vertiges*, on trouve parfois comme symptôme prémonitoire des crises, un certain degré de *surdité du côté droit*. Les deux grands chapitres consacrés l'un à l'étude de la période aiguë ou crise, l'autre au diagnostic, se recommandent également au clinicien. Relevons dans le chapitre du diagnostic différentiel, ce qui a trait à l'hépatalgie affection parfaitement distincte pour les uns, se confondant avec la colique hépatique pour les autres, la distinction se fera, dit l'auteur, par le thermomètre ; dans l'*hépatalgie*, la température locale restera normale, dans la *colique hépatique*, on aura une élévation d'un demi à un degré.

Rien de bien frappant à noter relativement au pronostic. D'après ses notes, l'auteur aurait rencontré un cas grave, c'est-à-dire avec complication sérieuse sur trente cas bénins. Accordons une mention spéciale au chapitre traitant des troubles cardiaques. L'auteur s'y inspire des travaux et des communications de M. le professeur Potin, et une mention aussi au chapitre traitant de la mort subite et de la physiologie pathologique de cet accident.

Le traitement de la lithiase biliaire sera *chirurgical* ou *médical*. La *cholécystotomie* est encore trop peu connue pour prendre rang définitivement dans la médecine opératoire. Cependant, il est bon de noter que, sur sept cas connus, il n'y a eu que deux insuccès. Le traitement hygiénique très bien indiqué, fournit à l'auteur l'occasion de s'élever contre l'usage immodéré de certaines eaux dites de *table* et il proscrit celles de Saint-Galmier, de Condillac, de Pougues, de Saint-Alban comme appartenant à la classe de *bicarbonatées* et au *groupe calcique*. L'idée théorique de dissoudre les calculs biliaires a donné naissance à plusieurs formules dont l'éther, la térébentine et le chloroforme font surtout les frais ; le remède de Durande peut être considéré comme le modèle du genre. Il va sans dire, et nous sommes loin de lui en faire un reproche, que l'auteur réserve toutes ses tendresses pour la cure thermale de Vichy ; il en parle en connaissance de cause et d'un ton à convaincre les plus récalcitrants. Il s'élève avec vigueur contre la prétendue action débilitante et déglobulisante des eaux de Vichy. A l'époque, où on administrait ces eaux à la dose de 8, 10 et 12 verres par jour et même plus, et cela, à peu près indistinctement pour tout le monde rien d'étonnant qu'on ait observé des phénomènes de dépression et d'hypoglobulie. Mais, en réalité, il n'y a pas lieu d'agiter le spectre de la cachexie alcaline ; c'est une légende qui a fait son temps, et les travaux modernes prouvent au contraire que l'eau de Vichy administrée à dose modérée est reconstituante dans le sens le plus strict.

DOUGLAS AIGRE.

Du meilleur mode de traitement de la pleurésie purulente ; par le Dr GUINARD. — Thèse de Paris, 1884. — Coccoz, libraire-éditeur.

L'auteur se montre partisan convaincu de la *pleurotomie immédiate* pratiquée avec toutes les ressources de la méthode antiseptique. Mais il n'est pas exclusif et n'hésite pas conseiller plusieurs lavages de la plèvre, si ceux-ci deviennent nécessaires. On sait en effet que la pleurotomie antiseptique a donné de remarquables succès quand on se bornait à ne faire qu'un lavage et des pansements aussi rares que possible. Quelles que soient les modifications de détail, la méthode reste la même, elle a déjà fait ses preuves, on ne saurait trop la préconiser.

VARIA

L'autonomie des universités allemandes.

Dans la dernière séance du Grand Conseil, M. le conseiller d'Etat Gavard a affirmé que nulle part, en Suisse, ni en Allemagne, les universités n'étaient constituées en fondations. En ce qui concerne l'*Allemagne*, cette assertion est absolument inexacte. L'organisation actuelle des universités allemandes et les rapports qui les unissent à l'Etat reposent sur ce principe qu'elles doivent être des pépinières scientifiques agissant librement, en même temps qu'elles servent à préparer les jeunes gens aux divers services de l'Etat. La plupart d'entre elles possèdent des biens à elles, et peuvent recevoir des dons et des legs ; elles administrent ces biens et même les fonds destinés à fournir des bourses aux étudiants ; mais elles ne peuvent subsister sans de fortes subventions de l'Etat. Aussi l'Etat a-t-il conservé le contrôle supérieur de leur administration et le droit de ratifier définitivement le choix des professeurs, toujours en compte des propositions faites par les facultés. En *Prusse* il existe même des fonctionnaires spéciaux, des curateurs, qui sont en quelque sorte des commissaires du gouvernement chargés de servir d'intermédiaires entre l'autorité supérieure et l'université, mais souvent on laisse leurs fonctions vacantes ou bien on les confie à un professeur. Le gouvernement

se réserve en outre de désigner, parmi les professeurs, ceux qui doivent faire subir les examens d'État exigés, indépendamment des grades, pour l'entrée de toutes les carrières publiques.

Les universités allemandes jouissent, grâce à ce système, d'une liberté de mouvement beaucoup plus grande que les facultés françaises qui sont, comme chez nous, sous la coupe absolue du gouvernement ; c'est à cette liberté qu'on attribue en grande partie l'essor puissant qu'ont pris ces établissements et leur haut développement scientifique. Partout les corporations ou fondations universitaires ont le droit de dire leur mot dans la désignation de nouveaux professeurs et elles seules peuvent conférer les grades universitaires. Ajoutons qu'aux États-Unis et en Angleterre toutes les universités sont reconnues comme fondations. » (*Journal de Genève* du 14 février 1885.)

Accouchement d'une fille âgée de onze ans et neuf mois.

The Weekly med. Revue (10 janvier 1885, p. 14), raconte que le 2 février 1882, le Dr H.-T. Stallup délivra une fille âgée seulement de onze ans et neuf mois, d'un enfant qui était asphyxié à la naissance, mais qui fut bientôt ranimé. L'enfant, une fille, pesait un peu moins de sept livres anglaises. Elle ne vécut que quelques heures... La jeune mère guérit.

La statistique chirurgicale de M. Schede (de Hambourg) ;
Par A. Reverdin.

Le clou de la journée a été la statistique de Schede : quoique le temps réglementaire fut dépassé par l'orateur, l'assistance lui conserva la parole par acclamation. Ancien assistant de Volkmann, Schede est actuellement à la tête du grand hôpital de Hambourg ; 500 lits de chirurgie ! Il nous communique ses résultats depuis qu'il a adopté le sublimé comme antiseptique, c'est-à-dire depuis 30 mois ; sa statistique ne compte pas moins de 1,285 cas ; (comme il m'a fait l'amitié de me l'envoyer écrite de sa main (elle n'est pas encore publiée), je vais t'en donner une idée, ça vaut la peine : Sur 229 amputations, il y a 217 guérisons, dont 194 per primam et 23 avec suppuration. — 12 morts. — Dans ces amputations il compte : 6 désarticulations de hanche, une mort : — Résections articulaires, 117 (dont 28 hanche, 30 genou, 12 pied, 2 épaule, 32 coude, 13 main), 109 guérisons, dont 63 per primam. — 8 morts. — Résections dans la continuité, 24 donnant 18 guérisons per primam et 6 résultats incomplets. — 0 mort ; — 75 Ostéotomies cunéiformes, 5 guéries, 2 résultats incomplets ; — 374 extirpations de tumeurs, 364 guérisons, 10 morts. Sur ce nombre, il y a 47 carcinomes de la mamelle, une mort par intoxication (sublimé), 38 réunions par primam, 8 suppurations, le manque de peau n'avait pas permis la réunion ; — 39 colporrhaphies et périnéoplastik, 39 guérisons ; — 84 hémiotomies, 14 morts dues en général à l'entrée tardive du malade à l'hôpital ; — 25 ovariotomies, 25 guérisons ; — 8 extirpations totales de l'utérus par le vagin ; — 7 guérisons, 1 mort par collapsus ; — 3 extirpations pour hydronéphrose, 2 guérisons ; — 8 résections d'intestin, 4 mort ; — 6 échinocoques, 6 guérisons ; — 16 résections cunéiformes du tarse, 12 guérisons per primam, 4 avec suppuration ; — 85 nécrotomies, 2 morts ; — 17 fractures compliquées du crâne, 4 morts ; — 74 fractures compliquées, 69, guérisons, 5 morts ; — 81 ponctions et lavages de grandes articulations, 80 guérisons, 1 mort ; — 13 drainages articulaires, 4 morts.

Donc, sur 1,285 opérations, un grand nombre de première gravité, Schede a perdu 63 malades, c'est-à-dire moins de 5 0/0. Il reconnaît au sublimé une puissance désinfectante plus énergique qu'à l'acide phénique avec lequel il n'avait pu se débarrasser de la septicémie et de l'érysipèle qui empoisonnaient l'hôpital de Hambourg ; cet hôpital vieux et encombré va faire place à un autre de dimensions colossales et qui ne laissera rien à désirer, paraît-il. Ce qui est certain, c'est que la statistique de Schede a fait grande impression et que la cause du sublimé a trouvé là, une forte défense. (*Revue médicale de la Suisse romande*, 18 février 1885, nº 2, p. 138).

Laïcisation de l'asile d'aliénés de Vaucluse.

Le Conseil général de la Seine, à la suite d'un rapport remarquable de M. G. Robinet, sur le service des aliénés, a voté la laïcisation de l'asile de Vaucluse pour le 1er juillet et, afin de ne pas voir se renouveler les atermoiements qui se sont produits pour l'hospice d'Ivry, il n'a voté le crédit affecté au *traitement des sœurs* que pour six mois.

L'administration préfectorale, reconnaissant que les dépenses des aliénés *ne sont pas obligatoires* et qu'il lui serait impossible, d'obtenir une inscription d'office du crédit, a introduit l'affaire à la Commission de surveillance des asiles dans la séance du 5 février. La Commission de surveillance, à la majorité de 5 voix contre 3, sur le rapport de M. le docteur Du Mesnil, a émis un avis favorable. En conséquence, l'asile de Vaucluse sera laïcisé le 1er juillet 1885, et alors tous les établissements consacrés aux aliénés : Bicêtre, la Salpêtrière, Sainte-Anne, Vaucluse, Ville-Évrard et Villejuif, seront confiés à des *surveillantes laïques*.

Comme on le voit, en dépit de tous les obstacles, de toutes les mauvaises volontés, de toutes les faiblesses, la laïcisation des établissements hospitaliers de la Seine se poursuit. Nous espérons qu'elle sera terminée en 1886 et que cette réforme ne sera plus l'objet de discussions aussi violentes qu'injustes.

L'importance de bonnes infirmières

Un événement survenu récemment à l'hôpital de New-York, dit le *New York med. Journal* (17 janv.), montre combien il est important d'avoir de bonnes infirmières. Un malade dont l'artère innominée avait été liée par le Dr Bull, eut une hémorrhagie le 13e jour. Le premier écoulement fut effroyable. L'infirmière, Mme Schaefer, enleva promptement le pansement, et enfonçant son doigt dans la plaie qui était très étroite, arrêta instantanément l'hémorrhagie. A partir de ce moment, le malade ne perdit plus une goutte de sang, et cela pendant deux heures. Alors le doigt de l'infirmière fut remplacé par un solide tampon de gaz iodoforme, et il se produisit une nouvelle hémorrhagie sans importance. Le malade mourut le 32e jour.

Soirée dramatique à l'Asile de Ville-Evrard.

L'inauguration du nouveau théâtre de Ville-Evrard a eu lieu le 22 dernier à la grande joie des malades qui, depuis quelque temps, étaient privés de ce genre de distraction.

Plusieurs personnes se sont rendues à l'invitation que M. Espiau de Lamaestre leur avait adressée à cette occasion, entre autres : MM. Rousselle, Curé, Chassaing, Mayer, du Conseil général de la Seine, M. Bourgeois, secrétaire général de la Préfecture de la Seine, M. Roux, sous-directeur des affaires départementales, M. Leclerc, chef de bureau. Plusieurs artistes distingués étaient venus de Paris donner à cette fête le concours de leur talent. La soirée a été charmante, et tous ont admiré la nouvelle salle qui constitue un véritable théâtre, en grande partie exécuté par les malades eux-mêmes sous la direction du surveillant en chef.

Thèses soutenues à la Faculté de Médecine.

Mercredi 4. — M. Guyot. Du traitement actuel de la pustule maligne. — M. Tapié. De la polydactylie. — *Jeudi* 5. — M. Costilhes. De la rétraction de l'aponévrose palmaire. (Maladie de Dupuytren). — M. Walther. Recherches anatomiques sur les veines du rachis. — *Vendredi* 6. — M. Galtier-Boissière. Des manifestations de la syphilis sur la voûte crânienne. — M. Jagu. Entorse du genou. — *Samedi* 7. — M. Leyme. D'une forme de bronchite capillaire suppurée dans le croup. — M. Paris. Modifications apportées dans les exhalations de l'acide carbonique sur l'influence de l'inhalation chloroformique.

Enseignement médical libre.

Conférences de clinique thérapeutique. — Le Dr Dujardin-Beaumetz commencera à l'hôpital Cochin, ses conférences de clinique thérapeutique le mercredi 4 mars, à 10 heures et les continuera les mercredis suivants à la même heure. Conférences sur la matière médicale et la séméiologie, les lundis et vendredis à 10 heures, par MM. les Drs Bardet et Sapelier, attachés au laboratoire de thérapeutique et par MM. Courtade et Brossard, internes du service. Visite et interrogation tous les matins à 9 heures.

Cours particulier de technique microscopique. — Le Dr Latteux, chef du laboratoire de clinique chirurgicale de la Charité, commencera un nouveau cours, le lundi 9 mars à 4 heures, dans son laboratoire, rue du Pont-de-Lodi, nº 5, et le continuera tous les jours à la même heure. Ce cours, essentiellement pratique, est destiné à mettre les élèves en mesure d'exécuter les analyses microscopiques exigées journellement par la profession médicale. Pour cela, ils sont exercés individuellement et répètent eux-mêmes toutes les expériences. Les microscopes et autres instruments sont à leur disposition. On s'inscrit chez le Dr Latteux, 4, rue Jean-Lantier, près le Châtelet, de 1 heure à 2 heures.

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 15 février au samedi 21 février 1885, les naissances ont été au nombre de 1248, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 407 ; illégitimes, 187. Total, 604. — *Sexe féminin* : légitimes, 461 ; illégitimes, 183. Total, 644.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1881, 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 15 février au samedi 21 février 1885, les décès ont été au nombre de 1124 : savoir : 578 hommes et 546 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Choléra : M. . F. .. T. . — Fièvre typhoïde :

M. 12. F. 5. T. 27. — Variole : M. 1. F. 2 T. 3. — Rougeole : M. 18, F. 21, T. 39. — Scarlatine : M. , F. 1, T. 1. — Coqueluche : M. 2, F. 3. T. 5. — Diphthérie, Croup. M. 23. F. 28, T. 51. — Dyssenterie : M. 1. F. ., T. 1. — Erysipèle : M. 2, F. 4, T. 6 — Infections puerpérales : 8. — Autres affections épidémiques : M. ., F. ., T. .. — Méningite tuberculeuse et aiguë : M. 18, F. 19, T. 37. — Phthisie pulmonaire : M. 127, F. 77. T. 204. — Autres tuberculoses : M. 25, F. 10. T. 35. — Autres affections générales : M. 30, F. 45 T 75 — Malformations et débilité des âges extrêmes : M. 25, F. 40 T. 65 — Bronchite aiguë : M. 13 F. 25 T. 38 — Pneumonie : M. 51, F. 47, T 98. — Athrepsie : M. 33 F. 40 T 73. — Autres maladies des divers appareils : M 155 F. 156, T. 311. — Après traumatisme : M. ., F. ., T. .. — Morts violentes : M. 25, F. 7. T. 32. — Causes non classées M 7, F. 7, T. 14.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 99 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 31 ; illégitimes, 20. Total : 51. — *Sexe féminin :* légitimes, 31 ; illégitimes, 17. Total : 48.

Faculté de médecine de Paris. — Prix *Châteauvillard* : Nous avons annoncé dans le dernier numéro que ce prix avait été décerné à M. Constantin Paul. Nous apprenons aujourd'hui avec plaisir que ce prix, qui est de 2,000 francs, a été partagé entre M. C. Paul (1,500 fr.) et M. Jamin ancien interne des hôpitaux. Notre collaborateur a eu 500 francs et une mention honorable pour sa thèse intitulée : *Etude sur l'uréthrite blennorrhagique.*

Faculté de médecine de Lille. — M. Deroeux est nommé aide-préparateur de physique.

Faculté de médecine de Lyon. — M. Didelot est chargé des fonctions de chef des travaux de physique, en remplacement de M. Jays, démissionnaire.

Ecole de médecine de Marseille. — M. le Dr Roux est chargé du cours de thérapeutique.

Faculté de médecine de Nancy. — Par décret du 24 février, la chaire de pathologie externe est déclarée vacante. Un délai de vingt-jours à partir de la présente publication est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Clermont. — Par decret du 27 février 1885, un concours pour un emploi de suppléant de chaires d'anatomie et de physiologie, s'ouvrira le 3 novembre 1885, devant la Faculté de médecine de Bordeaux. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Ecole de médecine de Rouen. — M. le Dr Meunier est nommé chef des travaux anatomiques.

Ecole de médecine de Tours. — Par décret du 23 fevrier 1885, un concours pour un emploi de suppléant des chaires de chimie, pharmacie et histoire naturelle à l'Ecole supérieure de pharmachie de Paris. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Assistance publique. — L'Assistance publique vient de recevoir avis d'un legs de 196,000 francs.

Concours. — L'Administration de l'Asile public d'aliénés de Bron annonce pour le 27 avril prochain, un concours pour une place d'interne en pharmacie. (*Lyon médical*).

Association générale des médecins de France. — *La Société centrale des médecins de France* a tenu sa seance annuelle le 8 février, dans l'amphithéatre de l'Assistance publique, sous la présidence de M. Le Roy de Méricourt, remplaçant M. Gosselin, démissionnaire.

Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle de Paris. — Cette Société décernera, en 1885 et 1886, une médaille d'or, une medaille de vermeil et deux medailles d'argent, aux meilleures thèses soutenues sur des sujets de l'hygiène, devant les Facultés de medecine de France, pendant les annees scolaires 1884-85 et 1885-86. Les theses devront être envoyees au siège de la Société, 3, rue de l'Abbaye, avant le 15 octobre.

Hopitaux d'Alger. — Depuis le 27 janvier dernier, il est créé, à l'hôpital civil de Mustapha, une école gratuite pour l'instruction théorique et pratique des infirmiers et infirmières. (*Gaz. med. de l'Algérie*). — Nous applaudissons de tout cœur à cette création.

Bibliothèque de la Faculté de médecine. — Nous apprenons de source officieuse la nomination de M. le Dr L. Hahn aux fonctions de bibliothécaire de la Faculté de médecine de Paris, en remplacement de M. le Dr Chéreau, décédé. Le public médical applaudira vivement à la promotion de ce distingué confrère dont on a pu apprecier l'érudition et l'obligeance dans les fonctions de bibliothecaire-adjoint qu'il remplissait depuis 13 ans.

Service de santé militaire. — Un concours pour l'admission aux emplois d'élèves du service de santé militaire s'ouvrira le 10 aout prochain, à Alger, Amiens, Angers, Arras, Besançon, Bordeaux, Caen, Clermont-Ferrand, Dijon, Grenoble, Lille, Limoges, Lyon, Montpellier, Nancy, Nantes, Paris, Poitiers, Reims, Rennes, Rouen, Toulouse, Tours. Les épreuves orales auront lieu à Paris, le 7 septembre ; à Nancy, le 11 ; à Lyon, le 17 ; à Montpellier, le 16, et à Bordeaux, le 24 du même mois.

Jardin d'acclimatation. — Le Jardin zoologique d'acclimatation est décidément la promenade de prédilection des Parisiens. Dimanche dernier, malgré un temps assez peu favorable, l'établissement a reçu plus de dix mille visiteurs, les uns venus simplement en promeneurs, les autres surtout pour faire des acquisitions, car le moment est venu de compléter les basses-cours et les faisanderies. L'établissement expédie chaque jour un grand nombre de poules et faisans dans toutes les directions, et bientôt la vente des œufs va commencer. On sait, en effet, que chaque année, le Jardin d'acclimatation met à la disposition du public les œufs de race pure, pondus dans ses parquets.

Londres. — Une Société de gynécologie vient d'être fondée sous le patronage de Robert Barnes. La première séance aura lieu le 11 mars prochain.

Université de Cambridge. — M. F. Darwin a été nommé professeur de zoologie et d'anatomie comparée.

Attentat contre un médecin. — Les journaux politiques racontent que le Dr Benoit (de Lille), a été l'objet d'un attentat dans les circonstances suivantes : en rentrant le soir chez lui, il trouva un individu déclarant qu'il venait le chercher pour venir chez Mme Priem, cabaretière, au hameau de Berken. Arrivé à la maison, le médecin fut surpris de trouver le cabaret fermé et le fit remarquer à l'inconnu. Celui-ci dit alors au docteur : « Personne, en effet, n'est malade chez Priem, c'est vous, docteur, qui l'êtes malade. » Et ce disant, l'homme sortit un revolver de sa poche, mit en joue M. Benoit et tira à deux reprises. Les deux coups ratèrent. Le Dr Benoit sauta sur son adversaire et lui laboura la main à coups de poignard, ce qui lui fit lâcher son arme. L'auteur de cette tentative criminelle a eté arrêté.

Universités étrangères. — Le professeur C. Flügge est nommé professeur ordinaire d'hygiène à la Faculté de médecine de Gottingue.

Nouvelle fabrication de peptones. — Sous le titre : « *Le Bouillon au crottes de chien* », la *Justice* du 10 février raconte le fait suivant :

« Il y a quelques jours, un inspecteur de police remarqua, rue de Rivoli, les allures d'un individu qui, un panier à la main, suivait la chaussée en regardant attentivement à terre. De temps à autre, cet individu se baissait et ramassait quelque chose qu'il mettait dans son panier. L'agent le suivit et acquit bientôt la conviction de quel singulier chercheur faisait provision, non de bouts de cigares, non même de crottin de cheval, mais le croirait-on ! d'excréments de chien. A quoi pouvait bien servir cette marchandise ? L'agent poussa ses investigations jusqu'au bout. Il suivit son homme et le vit entrer chez un industriel qui a pour spécialité de préparer *des poudres et extraits de viandes* ou *peptones*. Prévenu, le laboratoire municipal fit saisir de ces produits par un de ses préleveurs et l'analysa. Horreur ! les peptones étaient préparés avec les excréments ramassés par l'employé de cet abominable falsificateur, et qui, pulvérisés, étaient mêlées à des poudres de viandes de la dernière catégorie. Ajoutons que ce procédé n'est pas nouveau. Sous le nom d'album græcum, les anciens préparaient un remède avec les excréments blancs des chiens, c'est-à-dire ceux provenant de la digestion des os, lesquels contiennent des phosphates de chaux et de l'ammoniaque. »

Nécrologie. — Le Dr Vincent Cauturri, professeur de dermatologie à l'université de Naples, est mort le 31 janvier à Scauno, après une longue maladie. Il était l'auteur de publications estimées sur le *mycosis fongoïde*, le *zona*, les *angiômes cutanés*, les *sarcômes pigmentaires*, l'*herpès tonsurant*, la *syphilis* ; ses principaux travaux ont paru dans *il morgagni* (*Gazette méd. de Paris*. — M. le Dr Emmanuel Bonafous, médecin en chef de l'hôpital civil de Perpignan.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

PARIS. — IMPR. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71.

13e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. I. N° 10. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 7 MARS 1885.

Le Progrès Médical

CLINIQUE DES MALADIES NERVEUSES

—

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — **M. CHARCOT.**

—

Revision nosographique des atrophies musculaires progressives.

Leçon recueillie par M. M. P. MARIE, chef de clinique, et G. GUINON, interne des hôpitaux (1).

Messieurs,

Les hasards de la clinique ont fait que nous trouvons en ce moment rassemblée, dans notre service, une intéressante collection de cas représentant les aspects très divers sous lesquels peut s'offrir à l'observateur l'*atrophie musculaire de forme progressive*. Je me propose d'utiliser ces cas et d'entrer à leur sujet dans quelques développements relativement à cette question de l'atrophie ou mieux *des atrophies musculaires progressives*.

C'est qu'en effet cette question est depuis quelques années entrée dans une phase critique. L'histoire nosographique des amyotrophies progressives demande à être révisée à l'aide de documents nouveaux, reconstituée même en partie, sur de nouveaux fondements. Aujourd'hui je ne pourrai vous offrir qu'un essai, une esquisse de cette tentative de reconstitution, me réservant, dans une occasion prochaine, je l'espère, de vous présenter un plan plus détaillé et mieux arrêté.

Dans le domaine des amyotrophies progressives, les choses sont plus complexes que nous ne l'avions d'abord imaginé. Reportons-nous un instant à mon enseignement d'il y a 10 ans. La dénomination toute clinique d'atrophie musculaire progressive comprend, disions-nous alors, des affections différentes que rapprochent seulement des ressemblances extérieures, superficielles, mais qui ont toutes ceci en commun, c'est qu'elles sont d'origine spinale, qu'elles dépendent, en d'autres termes, d'une lésion de la moelle épinière et plus particulièrement des cornes antérieures de la substance grise. Cependant il y a lieu d'établir, ajoutions-nous, dans ce groupe au moins deux divisions fondamentales, à savoir :

1° Les amyotrophies spinales *deutéropathiques*, dans lesquelles la lésion de la substance grise est secondaire.

2° Les amyotrophies spinales *protopathiques* dans lesquelles la lésion de la substance grise est le fait unique ou tout au moins le fait primitif, fondamental.

Dans ce premier groupe des amyotrophies deutéropathiques, nous établissions la distinction suivante. Tout d'abord viennent ces cas dans lesquels la lésion de la substance grise est un fait accessoire, accidentel, pour ainsi dire ; ce sont les myélites diffuses, la sclérose en plaques, les tumeurs de la moelle épinière, l'ataxie locomotrice, etc. On peut éliminer dans notre étude cette classe d'amyotrophies spinales, qu'il est généralement facile en clinique de rattacher aux maladies dont elles dépendent. En second lieu viennent les cas dans lesquels la lésion des faisceaux blancs est primitive mais toujours nécessairement suivie d'une lésion de la substance grise. Ici ce sont les faisceaux pyramidaux qui sont pris les premiers, puis, en second lieu, les cornes antérieures, dont la participation est un fait nécessaire. Quand la maladie est constituée dans son entier, nous avons l'aspect ordinaire de l'atrophie musculaire progressive à laquelle se serait surajouté l'élément spasmodique qui suffit à la distinguer. Ce groupe est nosologiquement distinct ; il n'y a rien à y ajouter, rien à en retrancher.

Quant à l'autre grande classe des amyotrophies spinales, nous avons proposé de la désigner *cliniquement* sous le nom d'*atrophie musculaire progressive du type Duchenne-Aran*. La lésion des noyaux gris moteurs, spinaux ou bulbaires est le fait unique, ou tout au moins primitif. S'il y a participation des faisceaux blancs, ce n'est que secondairement et accessoirement. C'est cette classe que l'on peut anatomiquement caractériser par la dénomination d'*amyotrophie spinale protopathique*, ou mieux peut-être de *poliomyélite antérieure chronique*. Eh bien ! la constitution de cette seconde classe est moins homogène, il faut le reconnaître, que celle de la première. C'est elle qui est aujourd'hui en cause, elle qu'on cherche à ébranler jusque dans les fondements ; c'est contre elle que sont réellement dirigés les coups de la critique qui souvent portent juste. Il y a dans cette catégorie, un remaniement à faire et des démembrements légitimes à opérer.

Ce n'est pas que les tentatives faites dans cette voie tendent à compromettre l'existence même du type nosographique Duchenne-Aran. Il existe en effet réellement un genre d'atrophie musculaire progressive caractérisée anatomiquement par la lésion isolée des cornes antérieures de la substance grise de la moelle et cliniquement par l'amyotrophie. Il est certain que l'on rencontre des cas dans lesquels le début, postérieur à la 20e année, s'est fait par les membres supérieurs, par les mains, plus particulièrement par les éminences thénar et hypothénar, les altérations gagnant progressivement la racine du membre. On rencontre dans ces cas des secousses fibrillaires et la réaction de dégénérescence dans quelques-uns des muscles atrophiés. Ils se distinguent cliniquement de la sclérose latérale amyotrophique en ce que la participation du bulbe, bien que réelle, y est plus rare que dans cette dernière affection et surtout en ce qu'il y a absence complète de l'élément spasmodique et plus tard de la contracture. Autrefois cette catégorie d'amyotrophies était très vaste ; mais le nombre des cas qui la constituent semble devenir de plus en plus rare depuis que, sous l'influence d'études nouvelles et plus attentives, on les sépare en un certain nombre de formes distinctes, comme je l'ai fait pour la sclérose latérale amyotrophique. Il en résulte que son domaine fort étendu, il y a peu de temps encore, se limite de plus en plus, à mesure qu'on en extrait les éléments hétérogènes qui y avaient été annexés. Or il s'agit justement de savoir ce que sont devenus, ce que tendent à devenir les cas que les recherches modernes détachent tous les jours du type Duchenne-Aran. Sous quelle forme nou-

(1) Cette leçon a été faite le 20 février 1885.

velle vont-ils se présenter à nous ; dans quelle catégorie nosographique allons-nous les voir figurer ou pourrons-nous les faire entrer !

Messieurs, à côté des amyotrophies d'origine spinale, il existe toute une classe qui chaque jour s'agrandit, dans laquelle la myopathie progressive plus ou moins généralisée est indépendante de toute lésion des centres nerveux ou des nerfs périphériques. Il s'agit donc ici d'une maladie protopathique du muscle, de *myopathies primitives*. Comme exemple de ce genre d'affection on peut citer la *paralysie pseudo-hypertrophique* ou *myosclérosique* de Duchenne (de Boulogne). On sait par Eulenbourg et Cohnheim, en 1866, par moi-même en 1871, que dans ces cas la lésion du muscle est complètement indépendante de toute lésion de la moelle et des nerfs. Et à ce propos je dois rappeler combien j'ai protesté à cette époque contre la tendance alors régnante à rapporter toutes ces myopathies progressives à des lésions des centres nerveux. Il y a, disais-je alors, des myopathies primitives et toutes les observations ultérieures ont démontré que j'avais raison. Elles tendent à démontrer en outre que ces myopathies primitives sont plus nombreuses et plus variées dans leurs manifestations cliniques qu'on ne l'avait soupçonné tout d'abord.

Mais cette forme de myopathie, la paralysie pseudo-hypertrophique, telle qu'elle est sortie des mains de Duchenne (de Boulogne), ce grand artiste en neuro-nosographie, s'éloigne tellement, par ses caractères cliniques, des amyotrophies progressives spinales, que rarement on les a assimilées cliniquement. Ainsi la paralysie pseudo-hypertrophique est une maladie de l'enfance. Après 20 ans on ne la rencontre plus guère. On s'aperçoit que l'enfant devient maladroit en marchant, qu'il se fatigue plus facilement que les autres enfants de son âge, car c'est toujours, d'après la description de Duchenne, par les membres inférieurs que se ferait le début. Puis les membres supérieurs peuvent se prendre à leur tour ; mais quel que soit le degré de l'affection, les mains sont généralement respectées. Enfin les muscles atteints ou tout au moins bon nombre d'entre eux, présentent une augmentation de volume, un relief énorme, donnant à un membre ou à un segment de membre des formes herculéennes. Anatomiquement cette hypertrophie se caractérise par des lésions du tissu interstitiel, ce qui n'existe pas à ce degré dans les amyotrophies spinales. En outre, particularité qui ne se retrouve pas dans la maladie de Duchenne-Aran, l'hérédité joue un grand rôle dans le développement de la pseudo-hypertrophie des muscles. On rencontre souvent dans une même famille à la fois plusieurs enfants pris, dont les parents ou les collatéraux peuvent présenter la même affection.

Le nommé Gai... est âgé de 19 ans. L'affection dont il est atteint et qui revêt chez lui les caractères cliniques de la paralysie myosclérosique de Duchenne, a débuté pendant l'enfance. Voyez le relief énorme, l'apparence athlétique des muscles du mollet. Ils présentent, à l'état de repos, une augmentation de consistance notable, et, pendant la contraction, ils sont durs comme de la pierre. Les triceps de la cuisse sont gros, saillants et noueux pendant les contractions. Mais si vous éprouvez la résistance de ces organes, vous constatez que s'ils sont herculéens quant aux formes, ils sont loin de l'être quant à la force ; il existe une véritable impotence fonctionnelle, impotence non paralytique, c'est-à-dire non d'origine nerveuse, mais plus ou moins exactement correspondante, selon toute probabilité, au degré d'altération des faisceaux musculaires. A côté de cette hypertrophie vous pouvez voir, chez notre malade, une véritable diminution de volume et surtout de force des membres supérieurs, en particulier des muscles du bras. Et c'est là le seul point de ressemblance qui rapproche la paralysie myosclérosique de l'amyotrophie progressive de cause spinale et pourrait à la rigueur les faire confondre ensemble, quoiqu'elles soient bien distinctes l'une de l'autre.

Il existe encore une autre forme d'atrophie musculaire sans neuropathie qui atteint les jeunes gens ou les enfants. C'est celle que M. le professeur Erb (d'Heidelberg), a décrite dans ces derniers temps sous le nom de *forme juvénile de l'atrophie musculaire progressive* et qu'il considère avec raison comme parfaitement distincte des formes spinales jusque-là décrites (1). La forme en question n'est peut-être pas tout à fait nouvelle, mais la description contient certainement des faits nouveaux ou qui, du moins, n'avaient pas été auparavant convenablement mis en valeur. La maladie présente de grandes analogies avec la paralysie pseudo-hypertrophique, ainsi que le relève d'ailleurs parfaitement M. Erb. Elle débute généralement vers la 20e année, plus rarement dans l'enfance. Elle peut présenter quelquefois, bien que sa marche soit habituellement progressive, des temps d'arrêt, dus peut-être à l'efficacité du traitement ; en un mot elle laisse vivre les malades qui sont parfaitement capables de procréer et de reproduire généralement des amyotrophiques semblables à eux. Le début a lieu par les membres supérieurs, les bras en particulier et les muscles de la ceinture scapulaire (schultergürtel), jamais par les éminences thénar et hypothénar. Les membres inférieurs peuvent être pris à leur tour, les mollets, comme dans la paralysie pseudo-hypertrophique, restant en général indemnes de toute atrophie. C'est l'atrophie en effet qui parait le fait caractéristique ; l'hypertrophie est rare, bien que M. Erb l'ait signalée quelquefois dans les deltoïdes, les triceps, les muscles du mollet. Cette diminution de volume des muscles pourrait conduire à confondre la forme d'Erb avec la maladie d'Aran-Duchenne, et de fait si l'on examine les cas que Duchenne a rassemblés dans son *Traité de l'électrisation localisée*, on en trouve un certain nombre qui, ainsi que le fait remarquer M. Erb, pourraient parfaitement être rapportés à la forme juvénile. Mais celle-ci se distingue cependant de l'atrophie musculaire progressive de cause spinale par un certain nombre de caractères distinctifs. Ce sont, entre autres : le mode d'envahissement qui, dans la forme juvénile, ne se fait jamais par les mains (éminences thénar et hypothénar) ; l'absence de secousses fibrillaires dans les muscles atrophiés ; les résultats de l'électrisation de ces mêmes muscles qui ne donne jamais la réaction de dégénérescence ; l'âge du début, toujours au-dessous de 20 ans ; enfin au point de vue anatomo-pathologique l'absence complète de toute lésion spinale.

La forme juvénile décrite par M. le professeur Erb est donc bien distincte des amyotrophies de cause spinale. Mais se distingue-t-elle également de la paralysie pseudo-hypertrophique ? Je ne le crois pas, et ici je m'associe à l'opinion émise, bien qu'avec quelques réserves, par M. Erb, dans son travail qui me parait jeter une vive lumière sur la question qui nous occupe : hypertrophie apparente dans un cas, atrophie dans l'autre, c'est le seul point de différence. Mais il faut recon-

(1) Prof. W. Erb. *Ueber die Juvenile Form der progressiven Muskelatrophie* etc. (*Deutsch. Archiv. für klin. Medicin*, 1884.)

naître, je pense, que ce caractère distinctif n'est pas fondamental. L'hypertrophie n'est pas, à tout prendre, un élément essentiel à la constitution de l'affection dite paralysie pseudo-hypertrophique. Je suis en mesure de vous présenter un cas qui marque, en quelque sorte, la transition entre la forme juvénile avec amyotrophie d'un côté et la paralysie pseudo-hypertrophique de l'autre.

Chez le jeune Lang..., que vous avez sous les yeux, *l'impotence fonctionnelle est le fait dominant; quant à la modification de volume des muscles, en plus ou en moins, elle n'existe pas*, ainsi que me l'a fait remarquer mon chef de clinique M. Marie, que cette particularité avait frappé. Ce cas reproduit donc, pour ainsi dire, au point de vue de l'impotence fonctionnelle, la forme d'atrophie juvénile de Erb, moins l'atrophie, et la paralysie pseudo-hypertrophique, moins l'hypertrophie. Il ne répugne point à l'esprit d'admettre que l'altération des fibres musculaires, cause première de la faiblesse, puisse se produire sans modification de volume du muscle. Chez Lang..., qui est aujourd'hui âgé de 11 ans, le début a eu *lieu dans l'enfance*. Le petit malade présente l'ensellure, la démarche caractéristiques des pseudo-hypertrophiques. Quand vous le faites coucher par terre, sur le dos, il ne peut se relever sans s'aider de ses mains qu'il appuie sur ses genoux, grimpant pour ainsi dire le long de ses cuisses pour arriver à reprendre la position verticale, ainsi qu'il est ordinaire chez ce genre de malades.

Après cela, regardez les masses musculaires, nulle part vous ne constaterez soit l'atrophie, soit l'hypertrophie. Ce n'est pas à dire que cet enfant soit parfaitement bien musclé, mais aucune modification de volume des muscles ne saute aux yeux. Le seul fait clinique dominant chez lui, par conséquent, c'est la diminution de force de ces muscles en apparence normaux, quant au volume.

Où faire rentrer ce cas, dans la forme juvénile de Erb, dans la paralysie pseudo-hypertrophique de Duchenne? Non Messieurs, ni dans l'une ni dans l'autre exactement. Il parait s'agir, en somme, non pas d'espèces morbides distinctes, mais simplement de variétés représentant divers modes d'évolution d'une seule et même affection, *la myopathie progressive primitive*.

Voilà donc déjà un certain nombre de cas qui peuvent être, vous le voyez, soustraits au type Duchenne-Aran. Mais ce n'est pas tout; je vais encore vous montrer deux autres formes d'atrophie musculaire, qui faisaient autrefois partie du cadre trop large de la maladie de Duchenne-Aran et que nous pouvons en faire sortir pour les remettre à leur vraie place, c'est-à-dire parmi les myopathies primitives.

Voici une jeune fille de 24 ans, la nommé Dall..., qui est atteinte d'amyotrophie des membres inférieurs ou plus exactement des jambes. Cette atrophie est très prononcée ; la malade peut à peine marcher sans être soutenue, et si on examine attentivement sa démarche, on remarque qu'elle est toute particulière. En effet, par suite de l'impotence des muscles de la jambe, la pointe du pied tombe quand la malade dans la marche relève son membre inférieur pour le porter en avant. Il en résulte qu'elle est obligée, sous peine de laisser traîner à terre la pointe du pied, de fléchir outre mesure le genou, imitant le mouvement des chevaux qui *steppent*. C'est l'analogue de ce qui se passe toutes les fois que les muscles qui produisent la flexion dorsale du pied sont atrophiés, comme dans la paralysie alcoolique, par exemple, ainsi que j'ai eu récemment l'occasion de vous le démontrer. Le début de l'affection a eu lieu à l'âge de 14 ans, par les membres inférieurs; puis les membres supérieurs se prirent à leur tour à 20 ans, et aujourd'hui on constate, outre une certaine impotence fonctionnelle des bras, un léger degré d'atrophie de la main qui est aplatie du côté de la face palmaire à cause de la diminution de volume des éminences thénar et hypothénar.

Bien qu'il n'y ait ici aucune trace d'hérédité, bien que la malade n'ait ni frères ni sœurs atteints de la même maladie, ce cas me semble se rapporter à la forme décrite par M. le professeur Leyden sous le nom de *forme héréditaire de l'atrophie musculaire progressive*, et dont un des caractères serait de débuter par les membres inférieurs. Cette forme, d'ailleurs, ne s'éloigne pas sensiblement, à ce qu'il me semble, de l'amyotrophie juvénile de Erb, et il est bien probable que, comme celle-ci, elle doit prendre rang parmi les myopathies progressives primitives, de cause non spinale.

Nous voici donc déjà en présence de trois formes cliniques, à savoir : la paralysie pseudo-hypertrophique, la forme juvénile de Erb, la forme héréditaire de Leyden, qui, distinctes par certains caractères, pourraient bien être cependant identiques au fond.

Passons maintenant à une autre forme que Duchenne (de Boulogne) a décrite comme représentant simplement une variété de l'atrophie musculaire progressive et à laquelle il a donné le nom de *forme infantile de l'atrophie musculaire progressive*. Elle semble être rare, car elle n'est guère mentionnée dans les traités classiques. Duchenne, dans son traité de l'*Electrisation localisée*, dit en avoir rencontré une vingtaine de cas, et, dans la *Revue photographique des hôpitaux*, on trouve des photographies, faites par Duchenne lui-même, et représentant la face de plusieurs malades atteints de cette affection. Ici, le début de la maladie se fait, suivant la description de Duchenne, par la face et en particulier par l'orbiculaire des lèvres. Les lèvres se renversent en dehors de manière à simuler l'aspect habituel de ces organes chez les strumeux. Les membres ne se prennent que consécutivement, les bras d'abord, puis le tronc. Enfin, fait important à signaler, cette forme infantile est héréditaire et l'on peut retrouver dans une même famille des parents atrophiques engendrant des frères et des sœurs atteints à leur tour d'amyotrophie débutant à la face. D'après tout ce qui précède, on serait tout naturellement porté à conclure, que l'amyotrophie relève dans ces cas, d'une lésion spinale, comme dans les cas du type Duchenne-Aran, dont ils ne représenteraient, suivant Duchenne lui-même, qu'une simple variété. Ces prévisions seraient cependant mal fondées. MM. Landouzy et Déjerine ont en effet présenté l'an dernier à l'Académie des Sciences, l'histoire de cas typiques de l'atrophie musculaire progressive infantile de Duchenne et dans un de ces cas l'autopsie a démontré qu'il n'existait aucune lésion, soit de la moelle épinière, soit des nerfs périphériques. Il s'agit donc encore dans ces cas de myopathies primitives.

Je puis vous montrer une malade reproduisant exactement la plupart des traits de la description en question de Duchenne. M[lle] Lar..., âgée aujourd'hui de 1? ans, a été examinée à la consultation externe par M. Marie, qui a remarqué les symptômes intéressants qu'elle présente et l'a reçue dans le service. Chez elle, la maladie a débuté dans la plus tendre enfance, par une immobilité complète de la lèvre supérieure, marquée surtout dans

le rire et les pleurs. Elle n'a jamais pu siffler, et si on veut lui faire accomplir cet acte, on remarque que la lèvre supérieure, qui ne se contracte pas, flotte comme un voile inerte. Elle présente également un certain trouble de la parole, quelques lettres sont particulièrement mal prononcées, et elle parle comme si elle avait de la bouillie dans la bouche. Cette paralysie de l'orbiculaire donne à la physionomie un caractère tout spécial : les lèvres sont épaisses, renversées en dehors et un peu allongées en forme de museau, rappelant l'aspect des lèvres des strumeux. Mais en outre, fait qui n'avait pas été noté, je crois, par Duchenne, chez notre malade le facial supérieur est pris lui aussi ; la petite malade ne peut plisser son front, relever ses sourcils ; elle dort habituellement les yeux à demi ouverts, et à l'état de veille, la contraction la plus énergique de l'orbiculaire des paupières ne peut suffire à produire l'occlusion complète : il reste toujours entre les bords libres des paupières une fente de quelques millimètres de large à travers laquelle on aperçoit le globe de l'œil. Ce phénomène a été remarqué dès la plus tendre enfance. A l'âge de 14 ans, les membres supérieurs ont commencé à se prendre à leur tour, l'atrophie est apparue bientôt et ici la description de l'affection musculaire rentre absolument dans celle de la forme juvénile de Erb. L'atrophie des muscles du bras est considérable. La résistance est impossible du côté de l'extension comme du côté de la flexion. La malade ne pouvant lever son bras, dans l'acte de se moucher par exemple, par une contraction normale des muscles élévateurs du membre, est obligée de le projeter violemment en haut, en l'écartant du tronc, et ce mouvement est tellement caractéristique qu'il saute immédiatement aux yeux. Pendant la marche, qui est celle du pseudo-hypertrophique typique, y compris l'ensellure, les bras sont ballants, inertes et pendants le long du corps.

Je vous présente actuellement le père de cette jeune fille. Il est âgé de 44 ans, et est atteint de la même affection qu'elle. Entre le père et la fille, vous le voyez, la ressemblance est frappante Chez lui, comme chez elle, la face, les membres supérieurs, sont atrophiés ; jamais on n'a constaté chez lui, non plus que chez sa fille, la moindre trace d'hypertrophie des muscles. Il ne peut froncer son front, l'occlusion des paupières est toujours incomplète. Il ne peut siffler et quand il essaye de le faire, l'orbiculaire se contracte inégalement et il se forme au niveau de la lèvre supérieure comme une sorte de nœud dans la moitié droite, seul point où la contraction s'opère. Comme chez sa fille, nous constatons une intégrité complète des muscles de la main. Remarquons en passant que dans ces cas, les muscles de la langue, ceux qui servent à la déglutition, sont intacts et qu'on ne trouve, en un mot, aucun des symptômes bulbaires qui existent quelquefois dans l'atrophie musculaire progressive de cause spinale.

Voilà, Messieurs, une forme bien originale ; le début par la face est bien particulier. Mais est-ce là un caractère spécifique et doit-on à cause de cela créer une forme spéciale ? Je ne le crois pas. Faites abstraction de la participation de la face et vous aurez chez vos malades l'image de la forme juvénile de Erb. Il est donc très vraisemblable qu'il existe de nombreux points de contact, pour ne pas dire plus, entre ces deux formes, et par conséquent une analogie avec la paralysie pseudo-hypertrophique. Cette proposition serait démontrée, au moins en partie, si l'on trouvait d'une part des cas dans lesquels le début aurait eu lieu par les membres (forme juvénile) et où la face n'aurait été prise que tardivement, et d'autre part des cas dans lesquels plusieurs membres d'une même famille présenteraient, associées ou dissociées, chez le même individu les diverses variétés que nous venons de décrire. Eh bien ! ces faits se sont rencontrés. Il existe un cas de M. Remak où le début a été celui de la forme juvénile ordinaire, c'est-à-dire où les membres supérieurs ont été envahis tout d'abord, tandis que la face n'a été prise que beaucoup plus tard, à l'âge de 29 ans (1). D'un autre côté, M. F. Zimmerlin (2) a publié l'histoire d'une famille chez laquelle deux des enfants présentaient la forme juvénile d'Erb à début par les membres supérieurs, alors que le troisième était atteint de la forme à début facial, avec pseudo-hypertrophie des membres inférieurs.

D'après cela, le début par la face ou simplement la participation de la face ne seraient pas caractéristiques, d'une espèce particulière, mais seulement d'une variété. Donc, en tenant compte des cas de transition, les formes si diverses que nous avons énumérées, distinctes en apparence, se confondraient cependant en un groupe unique, qui, lui seul, constituerait l'espèce. Si les choses sont réellement ainsi, elles sont en réalité bien moins compliquées qu'elles ne semblaient d'abord, et les amyotrophies progressives pourraient se diviser simplement en deux grandes classes de la façon suivante :

La *première classe* est représentée par les *amyotrophies de cause spinale* qui comprennent à titre *d'espèces : 1° la sclérose latérale amyotrophique; 2° l'atrophie musculaire progressive du type Duchenne-Aran*, mais celle-ci réduite, bien entendu, à la plus simple expression et débarrassée de tous les éléments étrangers qui ne lui appartiennent pas et qui doivent rentrer dans le groupe suivant.

La *seconde classe* est constituée par les *amyotrophies progressives primitives* qui comprennent, mais seulement à titre de variétés : 1° *la paralysie pseudo-hypertrophique; 2° la forme juvénile de l'atrophie musculaire progressive de Erb ; 3° l'atrophie musculaire progressive de l'enfance de Duchenne (de Boulogne); 4° ces formes de transition*, telles que je vous en ai montré un cas, où la faiblesse musculaire est le fait dominant et où on ne trouve en somme *ni atrophie, ni hypertrophie* ; enfin. 5° *la forme héréditaire de l'atrophie musculaire progressive de Leyden*, à début par les membres inférieurs. Les cas mixtes ou de transition permettent de rapprocher ces formes diverses et même de les confondre. Peut-être même dans les cas décrits par M. Erb, un examen tout à fait spécial des muscles de la bouche et des yeux permettrait-il de retrouver quelques-uns des signes de la forme infantile de Duchenne. Chez presque tous nos malades, en effet, même chez celui qui ne présente ni atrophie ni hypertrophie, il existe des troubles des mouvements des muscles de la face ; mais dans les cas légers ces troubles ne sautent pas aux yeux, il faut les rechercher pour les trouver. Nous observons, en ce moment, deux autres malades qu'il nous est malheureusement impossible de vous montrer et qui sont encore des représentants typiques de la forme infantile décrite par Duchenne (de Boulogne). Le père d'un côté, le fils de l'autre, sont tous deux affectés de la même façon, et chez tous les deux la participation de l'orbiculaire des lèvres et de l'orbiculaire des paupières, serait peut-être restée inaperçue si on ne l'eût

(1) *Mendel's Centralblatt*, 1884, *n°* 15.
(2) *Mendel's Centralblatt*, 1885, *n°* 3.

recherchée avec soin. Le fils est un exemple de ces *cas de transition* dont je parlais plus haut. Il existe chez lui une faiblesse très prononcée des muscles des membres supérieurs, sans atrophie ni hypertrophie, tandis que le triceps crural des deux côtés est manifestement plus volumineux et plus consistant que dans les conditions normales.

Ainsi, Messieurs, toutes ces variétés, si diverses en apparence, se fondraient les unes dans les autres pour constituer une seule et même entité morbide : la *myopathie progressive primitive*.

Telle est, messieurs, la thèse que je me proposais d'esquisser aujourd'hui devant vous. Elle mérite certainement d'être développée et discutée suivant les règles, en faisant intervenir toute la série des documents que comporte une question de cette importance et c'est là une tâche que j'espère pouvoir remplir ultérieurement.

CLINIQUE MÉDICALE

Idiotie congénitale complète ; Rougeole ; Tuberculose pulmonaire et intestinale ; Rein unique ; Lésions des circonvolutions, etc. :

Par BOURNEVILLE et P. BRICON.

Le fait suivant nous a paru intéressant à publier, non seulement parce qu'il a trait à une forme spéciale d'idiotie, maladie dont on ne publie qu'assez rarement des observations, mais aussi parce que l'autopsie nous a permis de découvrir une lésion congénitale.

OBSERVATION. — *Idiotie complète congénitale. — Père alcoolique et violent. — Grand'mère paternelle hémiplégique. — Grossesse : chagrins. traumatisme. — Premiers signes d'idiotie à deux mois : jamais de convulsions. — Fracture de la jambe droite à 4 ans. — Balancement, grincements, colères. cris diurnes et nocturnes ; parole nulle ; gâtisme. — Diarrhée. — Rougeole* (1883). — *Tuberculose. — Mort. — Autopsie : Rein en fer à cheval ; — tuberculose pulmonaire et intestinale.*

Assas..., Eugène Louis, né le 2 février 1876. est entré à Bicêtre, le 15 novembre 1882 (service de M. BOURNEVILLE) et y est mort le 30 avril 1884.

Renseignements fournis par sa mère (21 novembre 1882). *Père*, 37 ans, maçon, grand, fort, marié à 29 ans; il buvait alors beaucoup, surtout du vin ; il s'enivrait une ou deux fois par mois ; depuis trois ans. les excès sont moins fréquents. Il fume 20 centimes de tabac par jour. Il n'a ni migraines, ni céphalalgie, sauf à la suite de ses ivresses ; il n'aurait jamais eu de maladies cutanées ni de maladies vénériennes. ni de convulsions dans l'enfance ; il n'a eu aucune maladie depuis son mariage. Il est violent : « j'ai été battue pour commencer. » [*Père*, mort on ne sait de quoi, à 45 ans. Il avait fait de nombreux *excès de boisson* : « lui, c'était des alcools. » — *Mère*. morte il y a deux mois; a été atteinte d'une *hémiplégie* gauche pendant les trois dernières années. Elle était sobre : n'avait jamais eu d'attaques de nerfs. — Un *frère* dont on n'a plus eu de nouvelles depuis la guerre de 1870 ; deux *sœurs*. mortes du croup. Aucun détail sur les *grands parents*. Pas d'aliénés, pas d'épileptiques, pas d'autres paralytiques, pas de tics, pas de difformes, ni de suicides ou de criminels dans la famille.]

Mère, 37 ans. blonde, rousse, petite, fatiguée (elle est enceinte de 8 mois 1/2 ; intelligence à peu près ordinaire ; tisseuse, ménagère. Elle serait un peu nerveuse. mais n'aurait pas eu d'attaques ni de convulsions dans l'enfance : ni migraines, ni syncopes ; pas de dermatoses. Elle a eu une fièvre typhoïde à 18 ans. [*Père*, mort de fièvre typhoïde à 45 ans, à l'époque où elle-même était atteinte de la même affection. Il était tisseur, sobre, et n'était pas nerveux. — *Mère*, 70 ans, bien portante, n'a pas eu de maladies nerveuses. On ne peut fournir des renseignements que sur les grands parents maternels. Le *grand-père* est mort à 79 ans en 8 jours ; il n'était ni paralysé, ni dément ; la *grand'mère* est morte des suites d'une fracture compliquée à l'âge de 55 ans. — Un *frère* est mort à 13 ans d'une « inflammation d'intestins. » Pas d'aliénés, etc., dans la famille.] — Pas de consanguinité.

Le *père* du malade a eu d'une première femme, morte poitrinaire, deux *enfants* qui sont morts à 2 mois et à 6 mois et un mort-né avant terme. Il a eu de sa seconde femme 5 enfants ; celle-ci est enceinte du sixième : 1° garçon, 14 ans, intelligent, bon ouvrier, n'a pas eu de convulsions; 2° fille, morte à neuf jours « d'une esquinancie dans la gorge » ; pas de convulsions ; 3° notre malade ; 4° garçon, mort à quatre mois et demi de cholérine (vomissements et diarrhée); 5° fille, 19 mois, bien portante, n'a pas eu de convulsions ; commence à parler et à marcher.

Notre malade. — A l'époque de la *conception*, le père buvait beaucoup ; il était très violent et battait sa femme. Il voulait avoir des rapports sexuels quand il était ivre, mais elle s'y serait toujours refusée. *Grossesse* accidentée par des chagrins et par les peurs que lui causait son mari « qui avait un mauvais vin. » Elle dut le quitter vers le troisième mois de sa grossesse, alla chez sa mère et ne revint avec lui que trois à quatre mois après. Ni coup, ni chutes sur l'abdomen. ni constriction ; pas d'alcoolisme. — *Accouchement* à terme, naturel, sans chloroforme. A la *naissance*, l'enfant n'était pas asphyxié; il était fort et bien constitué. Il fut élevé au sein par sa mère jusqu'à quinze mois. Au bout de deux mois « ma belle-mère disait que mon enfant n'avait pas les yeux comme les autres enfants. » Il n'aurait jamais eu de convulsions. Première dent à 8 mois 1/2 (les autres auraient ensuite poussé assez vite).

Assas... n'a marché que vers l'âge de 4 ans, et peu après, il eut une fracture de la jambe droite : quand on la lui a réduite, il a dit « bobo » ; il aurait parfois prononcé le mot papa, et c'est tout. Il n'aurait jamais ri comme les autres enfants. Depuis un an, il se sert de ses mains; auparavant. il ne savait pas porter à sa bouche. Il ne bave ni ne suce ; *balancement* de la tête seulement ; fréquent *grincement des dents*. Assas... est sujet à des *accès de colère ; rit et crie* sans motif appréciable, de jour et surtout de nuit ; on a essayé de le corriger sans succès ; sommeil capricieux. Appétit vorace, mastication nulle, salacité pour les débris d'aliments, parmi lesquels toutefois il choisissait; il n'a jamais mangé ses excréments ; pas de rumination ; selles régulières, parfois en diarrhée ; il a toujours été gâteux. Pas de vers, pas d'onanisme. Rougeole à trois mois. croûtes du cuir chevelu à 2 ans. Il n'a eu ni otite, ni ophthalmie, ni engelures, ni diphthérie, etc.

Etat actuel. — *Tête* : l'occiput est saillant ; il existe un méplat à la partie supérieure de l'occipital et postérieure des pariétaux. Les bosses pariétales sont peu saillantes ; les bosses frontales sont proéminentes, égales. Les régions latérales et sus-orbitaires sont fortement déprimées surtout à gauche, aussi en résulte-t-il une plus forte saillie des bosses frontales. L'arcade sourcilière est déprimée. Le crâne paraît à peu près symétrique, présente une forme générale quadrangulaire. Le *nez* est petit, à dos légèrement concave. Les régions *orbitaires* sont amaigries, cerclées. Les paupières ne présentent rien de particulier, l'iris est gris verdâtre ; les pupilles sont égales, dilatées et réagissent. Les régions malaires sont égales, peu saillantes malgré l'amaigrissement. La portion buccale des joues est légèrement concave, peu colorée. La *bouche* est petite: les *lèvres* sont minces, quoique l'inférieure paraisse épaisse à cause du *prognatisme* de la mâchoire inférieure. Le menton est rond, large et épais. Les *oreilles* sont larges, aplaties, peu écartées, bien ourlées, sans lobule, de dimen-

sion égale (5 centim. sur 3 cent.) L'oreille externe gauche est dirigée d'avant en arrière, plus obliquement que l'autre ; elle est mieux ourlée.

Diamètre occipito-frontal.	16 cent.
Diamètre bi-pariétal.	14 cent.
Diamètre bi-orbitaire.	9 cent.
Circonférence horizontale du crâne.	50 cent.
Courbe bi-auriculaire (d'un conduit auditif externe à l'autre).	29 cent.
Courbe antéro-postérieure	34 cent.

La *face* est ovale ; elle est surplombée par le front. Une ligne droite de la racine du nez au menton mesure 8 centimètres, de la ligne d'implantation des cheveux à la racine du nez 6 centimètres.

Les piliers du voile du palais sont réguliers ; la voûte palatine est assez profonde en avant et un peu ogivale ; les amygdales sont normales ; pharynx, rien de particulier.

Le *cou* est très grêle (23 centim.). Les veines du cou sont saillantes.

Le *thorax* est très amaigri ; les clavicules et les côtes sont saillantes ; on constate aux extrémités antérieures des côtes un léger chapelet rachitique ; la forme conique du thorax est exagérée, les fausses côtes sont déjetées en dehors. Le soulèvement cardiaque est surtout plus prononcé dans le quatrième espace intercostal en dedans de la ligne mamillaire (2 centim.).

L'*abdomen* est ballonné, mais souple ; la matité *hépatique* est très limitée et ne se perçoit pas en avant. *Rate*, percutable. La digestion était normale (constipation) jusqu'à ces derniers temps, où on a noté de la diarrhée.

Les *membres supérieurs* sont égaux, réguliers, grêles, les mains longues, très fines ; les doigts à leur extrémité sont un peu en spatule.

Les *membres inférieurs* sont égaux, réguliers, grêles ; les genoux et les malléoles sont déformés (nouures rachitiques). Les mouvements paraissent normaux.

Peau : cheveux blonds peu fournis s'étendant jusque sur les bosses frontales ; sourcils blonds peu abondants ; cils blonds et longs. Très léger duvet sur les joues et la lèvre supérieure. La peau du corps est fine.

Les *testicules* sont descendus ; le gauche est un peu plus élevé que le droit. La *verge* est petite ; *phimosis*. Pas d'onanisme.

La *sensibilité générale* est conservée. Le *goût* et la *vue* paraissent normaux, mais l'enfant ne paraît pas percevoir les odeurs (assa-fœtida, ammoniaque, etc.)

1882. — 15 *novembre*. Poids : 14 kilogr., 800. Taille, 1 m 02. — 30 *Novembre*. Dans les premiers jours de son arrivée, il semblait toujours avoir peur, s'asseyait dans les coins. Depuis quelques jours, il va et vient, ne reste plus assis, est plus rassuré.

1883. *Janvier*.— *Poids* : 15 kilogr., 100. *Taille* : 1. m. 04.

3 *avril*. L'enfant n'urinant que très peu et difficilement, est monté à l'infirmerie. Le *phimosis* est très serré, ne permet pas même de découvrir le méat. On dilate facilement l'orifice préputial, mais on n'arrive que le soir, après un nouveau sondage, à franchir le col (spasme ?) il s'écoule d'abord une très petite quantité d'urine, puis peu après une urine abondante.

4 *avril*. T. R. 40°,4. — *Soir* : 40°,2.

5 *avril*. T. R. 39°,8. — Ce matin, l'enfant est éveillé. Langue sale ; un peu de diarrhée, sans météorisme. On ne trouve rien aux poumons. Eau de sedlitz, sulfate de quinine, 0 gr.. 25. — *Soir* : 40°.

6 *avril*. Inappétence ; l'enfant ne prend qu'un peu de lait. La diarrhée est abondante : urination normale. Rien à l'auscultation. Pas de taches sur l'abdomen. Pouls rapide : pleurs fréquents : la main fraîche appliquée sur la tête paraît lui être agréable. Sulfate de quinine : 0 gr. 25. T. R. 39°,4. — *Soir* : 40°,4.

7 *avril*. Même état, face pâle, anémiée ; l'abdomen n'est pas ballonné, mais il semble douloureux vers la partie inférieure où l'enfant porte souvent la main ; pas de diarrhée ; urine abondante. T. R. 39°,4. — *Soir* : 40°,2.

8 *avril*. T. R. 38°,8. — *Soir* : 40°,4.

9 *avril*. Face amaigrie, yeux excavés ; sillons naso-labiaux égaux ainsi que les plis du front : lèvres rosées, humides. Les gencives sont un peu fongueuses, l'haleine rappelle celle de la stomatite ulcéro-membraneuse ; il n'y a pas d'ulcérations. La langue est sale, mais non rouge ; large, saburrale ; les piliers sont roses, réguliers ; les amygdales et la voûte palatine ainsi que le pharynx, ne présentent rien de particulier. La soif est vive et l'enfant manifeste ce besoin en disant : « à boi ! à boi ! » Il boit ordinairement avec avidité, mais parfois il refuse la boisson. Pas de vomissements. L'abdomen n'est ni ballonné, ni déprimé ; il est souple ; la pression ne paraît pas y occasionner de douleur ; sonorité partout : le foie et la rate ne paraissent pas avoir augmenté de volume ; le malade n'a pas eu de selles depuis avant-hier. T. R. 38°,8. — *Soir* : 40°.

10 *avril*. T. R. 39°. — *Soir* : 39°,4.

11 *avril*. T. R. 38°,4. — *Soir* : 38°,3.

12 *avril*. T. R. 38°,2. — *Soir* : 39°,2.

13 *avril*. P 88 ; T. R. 39°. Pas de toux ; l'auscultation et la percussion ne fournissent aucune donnée et sont du reste difficiles à pratiquer. L'élasticité est conservée. Julep avec 2 gr. d'extrait de quinquina.

14 *avril*. T. R. 37°,2. — *Soir* : 38°,4.

15 *avril*. T. R. 38°,2. — *Soir* : 39°,2.

16 *avril*. T. R. 38°,4. — *Soir* : 38°,4.

17 *avril*. T. R. 37°,4. — *Soir* : 39°.

18 *avril*. T. R. 38°,4. — *Soir* : 40°,2.

19 *avril*. T. R. 39°,2. — *Soir* : 39°,2. L'enfant est très amaigri ; il ne prend que des bouillons, des potages et du lait ; il ne vomit pas, est constipé. Il se plaint continuellement, grince des dents, ne tousse pas. La bouche est sèche, les lèvres fuligineuses. Les yeux renferment à l'angle interne du mucus concret. Deux verres d'eau de sedlitz ; sulfate de quinine, 0 gr.. 25.

20 *avril*. T. R. 39°. — *Soir* : 39°,2.

21 *avril*. T. R. 38°,4. — *Soir* : 39°,2.

22 *avril*. T. R. 38°,4. — *Soir* : 39°,4.

23 *avril*. T. R. 38°,2. — *Soir* : 38°,4.

24 *avril*. T. R. 38°. — *Soir* : 38°,2.

25 *avril*. T. R. 37° — *Soir* : 38°. L'enfant est à peu près dans le même état général malgré l'abaissement de la température ; il ne mange pas, tousse un peu. Continuation du sulfate de quinine.

26 *avril*. T. R. 37°,2. — *Soir* : 38°,2.

27 *avril*. T. R. 37°,4. — *Soir* : 39°.

28 *avril*. T. R. 37°,2. — *Soir* : 38°,4.

29 *avril*. T. R. 37°,4. — *Soir* : 38°,2.

30 *avril*. T. R. 38°,2. — *Soir* : 37°,4.

1er *mai*. T. R. 37°,4. — *Soir* : 38°.

2 *mai*. T. R. 37°,6. — *Soir* : 39°,2.

3 *mai*. T. R. 38°. — *Soir* : 38°,2.

4 *mai*. T. R. 38°. — *Soir* : 38°,4.

5 *mai*. T. R. 37°,8. — *Soir* : 38°,2.

6 *mai*. T. R. 39°,6. — *Soir* : 40°. L'enfant tousse : on trouve des râles de bronchite, et une éruption apparaissant sur la racine des cheveux, sur les joues et derrière les oreilles ; selles régulières, langue sale. Conjonctivite palpébrale droite.

7 *mai*. L'éruption consiste en petites taches d'un rose peu intense, s'effaçant par la pression ; elle forme autour du front, vers la racine des cheveux, comme une couronne ; ces taches sont plus nombreuses autour des bosses frontales, assez nombreuses sur les joues, surtout à la partie inférieure, sur le nez, sur le menton et derrière les oreilles. Il n'en existe pas au cou ni sur les autres parties du corps. Conjonctivite palpébrale purulente très intense ; injection peu marquée de la conjonctive. Langue sale ; rien à la gorge ; constipation ; pas de vomissements. La percussion et l'auscultation sont normales ; la toux est rare. T. R. 40°,2. — *Soir* : 38°,2.

8 *mai*. L'éruption est limitée à la face. Respiration peu gênée. A l'auscultation on trouve très peu de râles. Constipation. T. R. 38°,8. — *Soir* : 39°,8.

9 *mai*. L'éruption persiste à la face où elle est tou-

jours limitée. Toux rare; cris, grincement de dents. L'auscultation, très difficile, ne décèle rien. A la percussion on constate une diminution de sonorité dans toute la hauteur en arrière, en avant elle est normale. Larmoiement. Coryza presque nul; haleine un peu fétide; rien à la gorge. Soif assez vive; constipation. Pas de vomissements. T. R. 39°,9. — 20 gr. d'huile de ricin. Julep extrait de quinquina; tisane de violette. — *Soir*: 37°,6.

10 *mai*. L'éruption est plus visible au front, près la racine des cheveux. L'auscultation ne donne rien quoique la sonorité soit diminuée surtout à gauche. L'enfant a été très abattu dans la journée d'hier. Selles régulières. Pas de vomissements. T. R. 37°.3.—*Soir* : 38°,6.—Julep avec 4 gr. d'acétate d'ammoniaque et l'extrait de quinquina.

11 *mai*. L'éruption s'efface au front et sur les joues. On ne constate toujours rien sur les autres parties du corps. L'auscultation est négative partout, sauf à la base gauche où la respiration est très sèche. Percussion normale. Conjonctivite légère; langue humide, haleine fétide; rien à la gorge. L'abattement est beaucoup moins prononcé. Selles régulières. Même traitement. T. R. 37°. — *Soir* : 37°,8.

12 *mai*. Percussion et auscultation normales; grincement continu des dents (non usés). Haleine un peu fétide; amaigrissement progressif. Rien à la gorge. T. R. 37°. — *Soir*: 37°,8.

13 *mai*. L'enfant va mieux. Rien à la poitrine. T. R. 37°,4. — *Soir*: 37°,8.

14 *mai*. Hier quelques taches rouges ont apparu sur le visage. Constipation. T. R. 37°. — *Soir*: 38°.

15 *mai*. Eruption de petites taches rouges inégales sur le front, les joues et les parties supérieures du thorax; quelques-unes sont surmontées d'une petite vésicule (aspect d'éruption sudorale); les deux membres supérieurs présentent au niveau de la face dorsale du poignet et de la portion correspondante de l'avant-bras une éruption analogue, plus foncée (l'enfant place habituellement les deux mains sous la tête reposant sur l'oreiller par la face dorsale). Sudation très abondante. Toux légère; râles peu nombreux. Constipation. Dans la fosse iliaque gauche on perçoit par le palper de petits noyaux durs du volume d'une noisette, ne paraissant pas adhérer à la peau (scybales). T. R. 36°,9.—*Soir* : 37°,4. Lavement glycériné; huile de ricin.

16 *mai*. Toux très rare. Rien à l'auscultation et à la percussion. L'éruption de la face dorsale des poignets et de la face commence à s'effacer. Selles copieuses à la suite du lavement. T. R. 37°,2. — *Soir* : 37°.8.

17 *mai*. T. R. 37°,4. — *Soir* : 37°,2.

18 *mai*. T. R. 37°. — *Soir* : 37°,4.

19 *mai*. T. R. 37°. Même état. Constipation.

21 *mai*. L'éruption n'a pas encore complètement disparu. La vessie fait saillie au-dessus du pubis, cependant l'enfant a uriné cette nuit.

27 *juin*. L'enfant est complètement remis. L'affaiblissement des jambes qui existait à la suite de sa *rougeole* a disparu; il marche seul aujourd'hui. Le soir, une fois couché, il reprend ses habits et s'habille seul, tandis que le matin on n'a encore pu l'habituer à s'habiller.

30 *juin*. *Poids*: 15 kilog. 500 gr. *Taille* : 1 m. 0,4 cent.

5 *décembre*. Quand l'enfant est assis, il se *balance*; l'index gauche appuyé devant l'oreille correspondante, il semble attentif comme s'il écoutait; parfois grimaces de la bouche tirée à droite ou à gauche.

1884. 31 *janvier*. *Poids* : 16 kilog 600 gr. *Taille*: 1 m. 0,6 cent.

11 *mars*. Depuis trois à quatre jours, l'enfant n'a pas été à la selle; abdomen tympanisé. Anorexie. Cataplasmes. Lavements. T. R. 38°,6. — *Soir*: 38°.

12 *mars*. T. R. 38°. — *Soir* : 38°,2.

13 *mars*. T. R. 38°. — *Soir* : 38°.

14 *mars*. T. R. 37°,7.— *Soir* : 37°.6.

15 *mars*. T. R. 37°.5. — *Soir* : 37°,4.

16 *mars*. T. R. 37°.3. — *Soir* : 37° 4.

22 *avril*. L'enfant est pris maintenant d'une diarrhée abondante de couleur sépia et fétide. Tympanisme de l'abdomen sensible à la pression et sur lequel se dessine un réseau veineux superficiel. Pas de vomissements. Le malade n'a pas l'air abattu. Les pommettes sont colorées. Lait. Bouillon. Bismuth : 2 gr.

23 *avril*. T. R. 38°. — *Soir*: 39°,1.

24 *avril*. T. R. 38°,1. — *Soir*: 38°,5.

25 *avril*. T, R. 38°. — *Soir* : 39°.

26 *avril*. T. R. 38°,2.— *Soir*: 38°,4.

27 *avril*. T. R. 38°,3. — *Soir* : 39°.

28 *avril*. T. R. 39°. — *Soir* : 40°.

29 *avril*. La diarrhée continue; l'abdomen est sonore, souple, paraît peu ou point douloureux. L'enfant est très abattu; les lèvres sont un peu fuligineuses, mais il n'existe pas d'état typhoïde accentué. Le visage est pâle et amaigri. La percussion est normale; à l'auscultation on entend de temps à autre des râles ayant un peu le caractère de frottements; l'auscultation est, du reste, difficile à pratiquer à cause de l'état du malade.

Circonférence du thorax au niveau du mamelon .	55 centim.
Au niveau de l'appendice xyphoïde au moment de l'expiration.	57 1/2 centim.

Les avant-bras, les mains, les genoux et les pieds sont cyanosés. Viande crue, lait, bouillon; eau albumineuse et laudanum II gouttes. T. R. 39°,1. — *Soir* : 39°,7.

30 *avril*. T. R. 39°. L'enfant meurt à deux heures de l'après-midi sans convulsions. La diarrhée avait cessé depuis dix heures du matin. Les selles n'ont jamais été sanguinolentes; elles étaient d'un vert grisâtre. Il n'y a jamais eu de vomissements. T. R, après la mort: 40°,5; une heure après : 39°,8; deux heures après : 38°,7. Poids : 13 kilog. 500 gr.

Autopsie (2 mai 1884). — La *cavité abdominale* ne contient aucun liquide anormal; les intestins occupent leur position normale, sauf l'S iliaque qui est très dilatée. L'estomac est de même très dilaté. Le péritoine est sain; pas de tubercules. Le foie ne déborde pas les fausses côtes; le diaphragme s'élève de chaque côté à la hauteur ordinaire. Adhérence partielle du péricarde avec les poumons. Pas de liquide dans la cavité péricardique.

Cœur normal (90 grammes) dans toutes ses parties; le *trou de Botal* est perméable. On constate une adhérence totale des deux feuillets des *plèvres*; au sommet du *poumon droit*, on trouve quelques *granulations tuberculeuses*, et dans le lobe moyen, un noyau de *broncho-pneumonie*. Les ganglions *péri-bronchiques* sont caséeux. Poids: P. droit, 240 gr.. P. gauche, 165 gr. La *rate* (90 gr.) n'offre qu'un peu de périsplénite.

Le *larynx* ne présente rien de particulier ; la *glande thyroïde* est légèrement hypertrophiée et en dégénérescence colloïde.

Appareil urinaire. — Les *uretères* sont très dilatés et présentent la dimension d'une grosse plume d'oie; toutefois, la dilatation est beaucoup plus prononcée à la partie supérieure. — Les deux bassinets sont également très dilatés. Au moment de faire la coupe antérieure pour dégager le rein gauche, l'on s'aperçoit que les *deux reins sont unis* par leur extrémité inférieure. Les deux reins sont dirigés de haut en bas, d'arrière en avant et de dehors en dedans. Leur extrémité supérieure correspond à l'union de la première avec la seconde vertèbre lombaire. Le milieu de la courbure du fer à cheval repose sur le disque qui sépare la quatrième vertèbre lombaire de la cinquième. Les deux reins ont subi une sorte de mouvement de bascule qui reporte le hile en avant. Les deux uretères descendent obliquement, passent à 2 centimètres de la partie médiane antérieure du fer à cheval, sur lequel ils laissent leur empreinte; sur la partie médiane antérieure du fer à cheval se trouve une dépression dirigée de haut en bas et semblant indiquer la ligne de fusion des deux reins. (*Fig*. 9,10.)

La décortication du rein, qui n'est pas lobulé, s'opère avec facilité. A sa surface se trouvent un certain nombre d'étoiles de Verrheyen. A la coupe, le rein paraît normal; il est un peu congestionné. Les deux *bassinets* sont remplis

d'un magma briqueté formant une bouillie liquide. A l'examen microscopique, l'on constate que ce magma, jaune, sablonneux, est formé principalement par des cylindres épithéliaux, hyalins et cireux, des cellules épithéliales isolées, des cristaux d'acide urique, d'urate de soude et d'urate d'ammoniaque.

La longueur totale du fer à cheval est de 23 centimètres environ; celle de la partie horizontale, de 9 centimètres (mesures prises sur le milieu de la face antérieure). La largeur de l'extrémité supérieure est de 4 centimètres; à l'union de leur extrémité inférieure, cette largeur se trouve réduite à 2 centimètres et demi. Le bassinet gauche a une longueur de 4 centimètres et le droit de 3 centimètres.

Description des artères et veines. — Rapports. — Les *artères diaphragmatiques inférieures*, le *tronc cœliaque*,

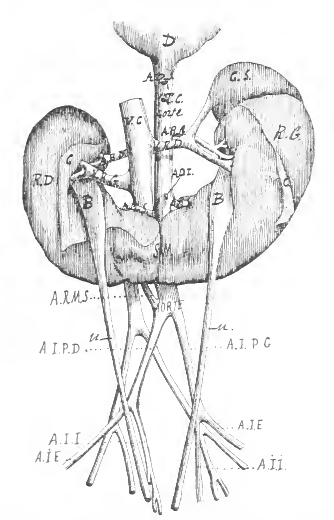


Fig. 9. Rein en fer à cheval vue de face. — C., capsule; R. D., rein droit; R, G., rein gauche; C. S., capsule surrénale; D., diaphragme; V. C., veine cave; V. R. D., veine rénale droite; V. R. G., veine rénale gauche; A. R., artère rénale; A. R. S., artère rénale supplémentaire; A. R. M. S., artère rénale médiane supplémentaire; B., bassinet; u., uretère; A. I P. D., artère iliaque primitive droite; A. I. P. G., artère iliaque primitive gauche.

les *mésentériques supérieure* et *inférieure* occupent leur situation normale ordinaire et n'offrent aucune anomalie. — Les *artères rénales* ainsi que les *veines* sont au nombre de deux de chaque côté; elles prennent naissance sur l'aorte et la veine cave à 5 centimètres environ de distance; les inférieures naissant à 1 et 2 centimètres au-dessous de la mésentérique inférieure. Les *artères rénales supérieures* entrent dans le rein à la partie supérieure du bassinet, quelques-unes de leurs divisions passent en arrière ou pénètrent dans le rein au-dessus du hile. L'*artère rénale inférieure* gauche pénètre par plusieurs divisions dans le rein en arrière du bassinet à 3 centimètres 1/2 au-dessus de la supérieure. L'artère rénale inférieure droite s'enfonce directement dans le rein à 1 centimètre environ en arrière du hile. Ces artères sont accompagnées par des veines rénales assez grêles. Enfin nous trouvons une *artère médiane* venant de l'iliaque primitive droite d'une largeur de 1 centimètre environ et pénétrant dans la substance rénale par deux divisions au bord inférieur et médian de la partie transversale du rein, au niveau de la dépression indiquant l'union des deux reins.

Le *canal cholédoque* est perméable. — Le *duodénum* et l'*estomac* ne présentent rien de particulier. — Le *foie* est normal sauf un peu de périhépatite. — Les *ganglions iléo-cœcaux* sont hyperémiés et hypertrophiés; à l'ouverture de l'*intestin* l'on constate alors que quelques follicules sont très saillants, que quelques *glandes de Peyer* sont ulcérées; une de ces ulcérations qui siège sur l'iléum a une direction

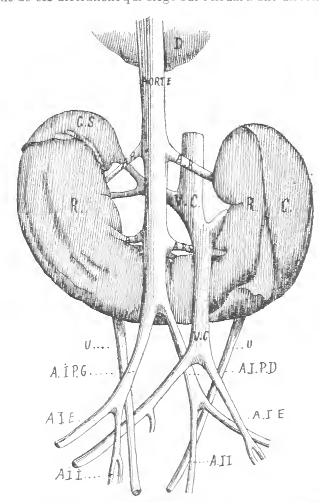


Fig. 10. Rein en fer à cheval vu en arrière. — R. rein; C. S., capsule surrénale; A. R., artère rénale; V. C., veine cave; A. R. S., artère rénale supplémentaire; U., uretère; A, I. P. D., artère iliaque primitive droite; A. I. P. G., artère iliaque primitive gauche; A. I. E., artère iliaque externe; A. I, I, artère iliaque interne.

transversale, comprend un tiers de la circonférence de l'intestin; ses bords sont irréguliers, déchiquetés et décollés; cette ulcération s'étend en profondeur jusqu'à la tunique musculaire (*tuberculose intestinale*). On trouve encore dans l'intestin quelques *lombrics*. (*A suivre*).

La craniotomie. — La *Congrégation de la Sainte-Inquisition* vient de décider, sur une demande faite par le cardinal-archevêque de Lyon, que l'Eglise ne pouvait autoriser la craniotomie du fœtus, en cas de danger pour la mère et l'enfant. Cette opération a donc été condamnée par ladite congrégation, et défense a été faite d'en enseigner la légitimité dans les séminaires (*Semaine médicale*). Qu'en pensent les professeurs de facultés catholiques?

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

L'hygiène dans les collèges

Depuis la guerre de 1870, les plus grands efforts ont été faits dans notre pays pour développer l'instruction à tous les degrés et dans toutes les classes de la société française. Le principe de la gratuité, de la laïcité et de l'obligation de l'instruction primaire a été inscrit dans nos lois. Parallèlement à cette extension de l'enseignement primaire libéralement donné par l'Etat à tous les enfants sans distinction, nous voyons l'enseignement secondaire s'accroître dans des proportions considérables.

La plus petite ville de province veut avoir son lycée ou son collège ; les grandes villes, non contentes des lycées pour les garçons, qu'elles possèdent depuis longtemps, ont tenu à créer des lycées pour les jeunes filles. Le moment semble donc venu pour les médecins et pour les hygiénistes de faire entendre leur voix et de signaler au public les imperfections et les dangers du *casernement universitaire* actuel. Nous n'avons pas la prétention d'exposer clairement et complètement tous ces dangers ; quelques-uns, en effet, soulèvent des questions fort délicates qu'il faut toucher légèrement. Nous voulons simplement insister sur les inconvénients les plus graves au point de vue hygiénique que présentent les collèges.

Pendant que l'outillage scientifique de notre enseignement supérieur se perfectionnait, pendant que de grandes réformes étaient annoncées et réalisées en partie dans cette voie, rien n'était fait pour améliorer le sort des collégiens ; les programmes sont restés ce qu'ils étaient sous l'empire ou à peu près ; les punitions *malsaines* (pensums, retenues, cachot même), n'étaient pas abolies.

Un élève fait une faute légère, il est condamné à copier des centaines de vers, à conjuguer des centaines de fois un même verbe, il est mis au piquet, c'est-à-dire obligé de rester immobile pendant la récréation au lieu de se livrer comme ses camarades aux exercices physiques qui devraient être non seulement permis, mais absolument et toujours obligatoires ; ou bien il est privé de sortie, c'est-à-dire *privé d'air*.

Est-on dans la catégorie des bons élèves, des forts en *thème*, on est bientôt surmené par le système pédagogique actuel qui ne tient aucun compte des besoins du corps et ne vise qu'à développer l'intelligence des élèves. Si encore ce but devait être atteint ! Car il n'est pas prouvé que cette culture intensive des cervelles enfantines en vue des concours universitaires ait la moindre utilité pratique.

Les récréations sont rares et courtes, les classes et les études sont multipliées outre mesure ; des maîtres nombreux et empressés viennent tour à tour déposer dans ces jeunes esprits la graine des lauriers universitaires et de ce fameux baccalauréat dont l'inanité devient enfin manifeste.

Des hommes éminents de tous les partis (1), des académiciens autorisés n'ont pas manqué de signaler ces attentats à l'hygiène infantile ; l'université ne bronche pas. Il y aurait donc, au point de vue des programmes et de la distribution proportionnelle des études et des exercices physiques, une véritable révolution à faire dans l'enseignement secondaire. C'est là une œuvre de nature à tenter un grand maître de l'université, si ce grand maître était un peu enclin aux réformes radicales.

Mais passons à une question plus grave et qui appelle une solution immédiate : nous voulons parler de l'insalubrité de la plupart, pour ne pas dire de tous nos lycées et collèges. Dans un grand nombre de ces établissements l'encombrement crée, pour les élèves, un véritable danger ; des dortoirs petits et mal ventilés, des salles d'études et de classes insuffisantes, des cours étroites et malsaines, etc. ; nous n'en finirions pas si nous voulions insister sur tous les désidérata de ces collèges.

Il en est un, à Paris, parmi les plus courus et les plus aristocratiques, dans lequel une salle contenant plus de trente élèves n'a pas de fenêtres, mais seulement deux vasistas microscopiques.

Malgré l'insuffisance d'aération et de lumière solaire, cette *basse étude* est occupée toute la journée pour un exercice ou pour un autre.

Ce qui laisse à désirer surtout dans les collèges et ce qui appelle une réforme immédiate, c'est l'état des cabinets d'aisance ; il y a là un véritable danger pour la santé des élèves, danger qui devient imminent en temps d'épidémie. Je connais un anglais, dit M. Maxime du Camp (1), qui voulut faire élever son fils à Paris. Il parcourut successivement nos lycées et mit son enfant en pension à Cantorbéry. L'aspect et l'infection de certains cloaques, *qui ne manquent dans aucun collège*, l'avaient à jamais dégoûté de l'éducation française. C'est là un inconvénient qui n'a rien d'impérieux et auquel il serait facile de remédier. Les pédagogues, quels qu'ils soient, doivent savoir que les soins extérieurs, que les ablutions multipliées sont indispensables à la santé de l'enfant, et qu'il vaut mieux passer une demi-heure à se débarbouiller que d'employer cinq minutes à apprendre que *cornu* est indéclinable ; ils devraient savoir également que la propreté est l'emblème visible de la moralité.

Est-il besoin d'insister sur les dangers de cette malpropreté de nos collèges? Les ravages que la fièvre typhoïde et les autres maladies infectieuses font parmi les écoliers doivent être mis sur le compte de l'encombrement et de l'insalubrité qui règnent dans toutes ces maisons. Encore faut-il compter avec l'avenir ; car d'après M. Bouchard (2), c'est au collège, *sous l'influence de sa détestable hygiène physique et intellectuelle*, que beaucoup d'enfants contractent le germe des maladies qui éclateront pendant l'adolescence ou pendant l'âge mûr.

Que faut-il faire pour remédier à ces graves erreurs d'hygiène ? Evidemment il faut combattre l'influence

(1) Une heure de classe ou une heure d'étude, c'est à peu près ce que supporte avec fruit une jeune cervelle ; dépasser cette limite, c'est fatiguer l'écolier en pure perte ; l'esprit est saturé, il n'accepte plus rien et exige du repos. Or, pour l'enfant, le repos c'est le jeu et c'est le mouvement. (Maxime du Camp. *La Charité privée* à Paris, 1885.)

(1) *Loc. cit.*

(2) *Maladies par ralentissement de la nutrition.* Paris, 1882.

prépondérante ou exclusive de la pédagogie. Il faut *exiger des médecins des lycées* une inspection médicale sérieuse, comme celle qui existe pour les écoles primaires. A Paris, grâce aux médecins inspecteurs des écoles, les locaux sont périodiquement visités, les enfants atteints de maladies contagieuses ou simplement suspectés sont rendus à leur famille. Quelque chose laisse-t-il à désirer au point de vue de l'hygiène scolaire, le médecin s'empresse d'adresser une réclamation au Préfet de la Seine ; l'Administration fait quelquefois la sourde oreille, mais elle ne peut pêcher par ignorance.

Il est grand temps qu'on fasse pour les établissements d'instruction secondaire ce qu'on a fait déjà pour les écoles primaires. La mesure est d'autant plus urgente que les collèges visés par cette réforme sont de véritables casernes destinées à loger des internes plus encore que des externes. Au moment où l'hygiène tend à prendre dans notre pays la place qui lui appartient, il est honteux d'avoir à signaler des abus qu'un peu de bon vouloir et d'initiative ministérielle auraient dû supprimer depuis longtemps.

Tandis que la ville de Paris s'efforce d'introduire dans les services et les établissements de son ressort toutes les améliorations que l'hygiène réclame, on voit l'Etat rester impassible devant les désordres les plus criants et les abus les plus dangereux. Une innovation urgente, la *limite d'âge*, s'imposait pour relever notre enseignement supérieur; M. le Ministre de l'instruction publique a reculé devant sa réalisation immédiate. Nous craignons bien qu'il ne s'intéresse pas davantage à l'hygiène des collèges et des lycées.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 28 février 1885. — Présidence de M. d'Arsonval.

M. Laborde a expérimenté le *boldo*, substance extraite d'une plante de la Bolivie. C'est un hypnotique des plus intéressants qui produit également un certain degré d'anesthésie générale et des sens spéciaux. A dose toxique, cette substance tue en arrêtant les battements du cœur. Elle excite les sécrétions biliaire et urinaire, et s'élimine au moyen de cette dernière. 10 à 15 grammes suffisent pour tuer un chien de 10 à 12 kilogrammes. L'alcaloïde qu'on retire de la plante, et qui est encore fort rare, est extrêmement toxique.

MM. Ch. Richet et Gley font connaître un nouveau procédé de dosage des matières excrémentitielles de l'urine, et de l'urée en particulier, par le dosage total de l'azote au moyen de *l'hypobromite de soude*.

M. Rabuteau rappelle qu'il a déjà dosé l'urée au moyen d'un procédé analogue dans lequel l'hypobromite est remplacé par l'hypochlorite. Il note la précision de ses expériences, qui lui ont permis d'établir que, chez un homme bien portant, on ne trouve pas trace de sel ammoniacal dans l'urine.

M. Richet répond que, dans la note qu'il remet, le procédé de M. Rabuteau est indiqué.

M. Rabuteau a de nouveau découvert des *curares artificiels*; il démontrera ultérieurement qu'il existe des milliers de corps curarisants et dès à présent on pourrait, dans les expériences de laboratoire, substituer au curare le plus souvent impur que nous possédons des substances sur la composition desquelles on est exactement fixé et qui possèdent les mêmes propriétés.

M. Beauregard présente, au nom de M. Boulard, une note sur l'*organe folié chez certains mammifères.*

M. Brown-Séquard expose que les troubles trophiques que l'on observe sur les membres dont les nerfs ont été sectionnés ou altérés sont produits par l'irritation de ces nerfs et sont indépendants des centres dits trophiques, si tant est que ceux-ci existent. Il émet l'opinion que les ulcérations que l'on voit survenir sur les bourses des chiens en expérience et qui correspondent aux escharres fessières que l'on observe chez l'homme, sont dues au contact des liquides irritants, tels que l'urine et les matières fécales qui souillent constamment ces parties. Les ulcérations qui surviennent à l'extrémité de la patte d'un cobaye dont on a coupé le sciatique s'expliquent par ce fait que l'animal, qui ne tarde pas à devenir épileptique, mord et déchire lui-même sa patte pendant ses crises. Ces altérations ne se produisent pas, en effet, si, en même temps qu'on sectionne le sciatique, on fait également une même section de la moelle, l'animal ne pouvant plus alors porter sa patte entre ses dents. Il se fait certainement des lésions des divers tissus du membre, mais elles sont indépendantes des centres dits trophiques. L'auteur présente à ce sujet plusieurs cobayes sur lesquels il a expérimenté.

M. d'Arsonval dit qu'il ne faudrait pas croire qu'il existe un rapport exact entre l'énergie de l'excitation électrique d'un des appareils les plus souvent employés, le charriot de Dubois-Reymond, et les graduations du curseur de cet appareil. En effet, à l'aide d'un procédé qu'il communiquera ultérieurement, il a pu juger combien ces écarts étaient considérables. On devra donc, si l'on veut obtenir des résultats exacts et comparables, graduer ce curseur avant de s'en servir en déterminant l'énergie de l'excitation correspondant à la graduation de chaque appareil. car les appareils ne sont pas comparables entre eux.

Elections. — Nous sommes heureux d'enregistrer l'élection au titre de membre de la Société, de notre ami le Dr Ch. Féré, l'un des rédacteurs les plus assidus et les plus appréciés du *Progrès médical.* Gilles de la Tourette.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 mars 1885. — Présidence de M. Bergeron.

M. Cornil présente l'observation d'un enfant, âgé de 11 ans, opéré par M. Berger d'une tumeur testiculaire qui n'était autre qu'une *inclusion fœtale.* Le néoplasme fut enlevé et examiné au microscope, ce qui permit de constater qu'il était constitué par une sorte de bourgeon renfermant tous les éléments de la peau.

Suite de la discussion sur la dépopulation en France. — M. Fournier admet que la contrainte morale soit une puissante cause de la diminution du nombre des naissances en France; mais il est une cause plus importante peut-être, la *syphilis*. Sur 200 ménages, observés en dehors de l'hôpital, et où le mari était syphilitique et la mère restée saine, M. Fournier relève 403 grossesses, 288 enfants vivants et 115 enfants morts. Lorsque le père et la mère sont syphilitiques, ou lorsque la mère seule est syphilitique, la proportion est plus considérable encore. L'influence nocive que la syphilis exerce sur les enfants nés dans ces conditions, se fait sentir bien après la naissance, à ce point qu'il est rare de voir un seul de ces enfants atteindre l'âge de un an. A Lourcine, M. Fournier observe 44 femmes syphilitiques enceintes ; or, 43 sont accouchées d'enfants morts, une seule a eu un enfant vivant. A la ville, M. Fournier a pu constater 100 ménages syphilitiques, donnant 208 grossesses, 60 enfants vivants, 148 morts, soit 71 0/0. Dans les classes pauvres, la mortalité de ces enfants est de 86 0/0. La statistique générale autorise à déclarer que la syphilis tue 68 0/0 des enfants qui naissent de parents syphilitiques. Il importe donc de mieux nous garantir contre la syphilis, en adoptant des mesures

prophylactiques, et en proclamant haut la légitime influence d'un traitement rationnel, prolongé.

M. Lunier n'admet pas les opinions émises par M. Le Fort et ne considère l'immigration comme un bienfait que dans les pays où les immigrants deviennent presque tous citoyens de la nouvelle patrie. L'excédent des naissances sur les décès est le seul facteur sur lequel il soit rationnel de compter. Or, en France, la proportion des naissances qui était de 33,1 sur 1000 habitants de 1801 à 1805, est descendue à 24.8 en 1883.

M. Rochard considère comme une erreur de croire que notre race n'est pas colonisatrice. On ne va coloniser les pays étrangers que lorsqu'on n'est pas bien chez soi : aussi l'augmentation du chiffre de notre population serait encore le meilleur moyen d'augmenter son émigration dans nos colonies. A. Josias.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 30 mai 1884. — Présidence de M. Cornil.

13. Microbes de la gangrène gazeuse; par M. Charrin, interne des hôpitaux.

J'ai l'honneur de présenter à la Société anatomique des préparations destinées à montrer le microbe de la gangrène gazeuse soit dans les muscles, soit dans l'œdème du tissu cellulaire sous-cutané, soit dans le péritoine. C'est à l'obligeance de M. Arloing que je dois d'avoir pu inoculer et étudier cet organisme au laboratoire de M. Bouchard dès le mois de novembre 1883. — Je dis que le microbe que je montre est bien celui de la gangrène gazeuse, car mes expériences ont eu pour point de départ de la sérosité sanguinolente desséchée d'un âne mort de gangrène gazeuse, inoculée par M. Arloing avec des produits humains. Or, on le sait, ce sont des liquides recueillis sur une série de malades atteints de gangrène gazeuse à l'Hôtel-Dieu, qui ont été l'origine des recherches de MM. Chauveau et Arloing; ces recherches les ont conduits à la découverte, à l'isolement d'une bactérie, dont l'inoculation reproduit la maladie sur un grand nombre d'animaux. Les expériences faites au laboratoire de M. Bouchard confirment absolument les faits annoncés par les expérimentateurs dont je parle. Il serait donc inutile de les répéter, et je ne veux insister que sur un point, c'est sur la forme ou plutôt sur les formes de ce micro-organisme.

Plus on se rapproche du point d'inoculation, plus les bactéries abondent dans les muscles, non dans les fibres elles-mêmes, mais dans le tissu cellulaire environnant. Ce sont des bâtonnets à peu près semblables les uns aux autres, mesurant de 5 à 7 μ sur 1 à 1/2 μ de long.

Si, au contraire, on recherche les microbes dans l'œdème du tissu cellulaire sous-cutané, on voit les formes varier considérablement. On trouve des bâtonnets différents et comme longueur et comme épaisseur, surtout comme longueur ; quelques-uns présentent à leurs extrémités, à l'une de leurs extrémités, une spore soit arrondie, soit ovoïde. Au milieu des bacilles on retrouve des éléments sphériques et arrondis qui sont, sans aucun doute, les spores détachées des bacilles. Enfin, c'est dans la sérosité des séreuses, du péritoine en particulier, que l'on voit les bacilles atteindre leur plus grande longueur, longueur telle que quelques-uns mesurent 40 à 60 μ. Or, qu'on inocule la sérosité du péritoine, qu'on inocule un fragment de muscle, qu'on inocule quelques gouttes de l'œdème du tissu cellulaire sous-cutané, on reproduira toujours la même maladie.

Il en résulte que ces microbes, différents de forme, représentent bien les diverses phases de l'évolution d'un seul et même micro-organisme. On peut donc, dans le corps d'un seul animal, étudier ces phases diverses de l'évolution comme on le fait ordinairement pour d'autres microbes dans des cultures successives. Ce fait-là n'est pas très habituel ; nous connaissons beaucoup de microbes qui se présentent, suivant les milieux, sous des états différents et l'exemple banal, c'est le charbon bactéridien, se présentant à l'état de spore, de bactéridie dans le corps de l'animal et de longs filaments dans les cultures. Mais si on inocule à un animal ce microbe sous ces trois formes, on aboutira, je crois, toujours à la bactéridie.

Il est probable que ces différences de formes tiennent à des différences chimiques des milieux locaux d'un même organisme (le muscle n'a pas la même composition chimique que la serosité du tissu cellulaire ou des séreuses, etc.). Cette différence influe non seulement sur la forme, mais aussi sur la virulence. Les organismes puisés dans l'œdème du tissu cellulaire sont plus virulents ; leurs formes successives indiquent d'ailleurs que ce milieu est éminemment favorable à leur évolution.

Ces faits-là nous montrent après mille autres que non seulement il faut telle ou telle espèce animale pour faire développer un microbe, mais que dans un même animal il faut tel ou tel milieu. Le sang, par exemple, ne permet pas ou difficilement le développement du microbe de la gangrène gazeuse. Il en est de même des surfaces où abonde l'oxygène.

En second lieu, ils nous montrent qu'il faut être très prudent dans les conclusions qui ne sont basées que sur la forme des microbes.

14. Travail sur la paralysie générale; par le Dr Eduardo de Perez, **à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant, candidature appuyée par** M. Pozzi.

Je viens vous entretenir des détails relatifs à l'histoire de la *paralysie générale*, de cette maladie particulière au siècle actuel et qui augmente de jour en jour. Les aliénistes reconnaissent tous qu'elle est de plus en plus fréquente, quoique l'origine en soit de date récente ou remonte à peine à cinquante ans. Les capitales, les grands centres de populations sont ceux qui donnent le plus de malades aux statistiques. Et ces faits nouveaux pour la science européenne sont encore plus récents pour le continent sud-américain. L'apparition de la maladie à Buenos-Ayres remonte à peine à plus de vingt ans et, quoique plus fréquente aujourd'hui, elle l'est pourtant moins qu'en Europe. Cette fréquence s'explique parce qu'on connaît mieux la maladie et qu'on en établit mieux le diagnostic, ce qui permet de supposer que bien des cas qu'on rapportait à d'autres états pathologiques s'y rattachaient directement et parce que encore Buenos-Ayres a progressé d'une façon notable et même extraordinaire dans ce dernier quart de siècle, par l'augmentation de l'émigration européenne, attirée par le besoin du travail et du bien-être.

D'après cela, quelle sont les causes qui augmentent dans ce pays le nombre de paralytiques généraux ? Quel est encore le motif qui y rend cette maladie moins fréquente qu'en Europe ?

A la première question, la réponse est facile et j'attribue ces causes aux plus grands progrès de notre civilisation actuelle, ce qui est un trait se rencontrant toujours dans l'histoire de la paralysie générale partout où elle se développe, se montrant comme une ombre, la suivant toujours et pénétrant avec elle jusqu'au centre des populations. Buenos-Ayres compte actuellement environ 400.000 habitants, dont le quart est européen, ainsi, à mesure que la civilisation et la population se développent, la proportion des malades augmente, ainsi que le travail intellectuel d'où découlent des fatigues qui abîment le cerveau et le disposent souvent au développement de la maladie, assimilant Buenos-Ayres aux villes de l'Europe.

Il y a aussi une explication à la deuxième question. La vie intellectuelle est active comme les affaires dans ce pays et le crédit et même le capital n'étant pas restreints comme en Europe, celles-ci se font avec une grande facilité et, par conséquent, la subsistance est moins difficile et l'on jouit d'un bien-être commun nulle part ailleurs. La classe bourgeoise vit aisément, les logements sont salubres, la nourriture bonne, abondante et à bas prix ; la misère existe à peine et les travailleurs sont sûrs de trouver de quoi les occuper avantageusement. Ainsi cette tension d'esprit, ce malaise inhérent à une position précaire et finissant tou-

ours par compromettre les fonctions cérébrales d'une manière lente et constante sont moins fréquents là-bas qu'en Europe. Quoi qu'il en soit, l'évolution que subit cette maladie est encore celle qu'on observe par exemple dans les asiles d'aliénés de France. Le délire expansif, le délire hypocondriaque et les poussées congestives s'observent toujours comme dans ces asiles, se montrant également tenaces à tout traitement. Ces circonstances sont telles qu'en gardant la symptomatologie habituelle, les paralytiques généraux sont moins nombreux dans les asiles de Buenos-Ayres qu'en Europe. La campagne fournit moins de malades que les villes et il m'a été possible de constater que ce sont surtout les européens qui sont les plus atteints.

Ces faits ne s'observent pas seulement à Buenos-Ayres, on les trouve encore à Montevideo, ville de 250.000 habitants et à Rio-de-Janeiro où la population est de 600.000 et possédant une brillante civilisation qu'à l'étranger et même en Europe on supposait à peine. Je voudrais produire des chiffres, mais je ne le puis pas en ce moment, étant éloigné de mes notes. Sans doute il me sera donné un jour de les présenter à la Société.

M. Eduardo de Perez est nommé membre correspondant.

15. Ectopie du rein et du ligament large gauches. — Utérus unicorne ; par Georges Delbar, aide du laboratoire des cliniques de la Charité.

Marie Rich..., âgée de 64 ans, ménagère, entre à l'hôpital de la Charité, le 14 février 1884 (service de M. Terrillon, salle Sainte-Catherine, n° 4.) Elle est atteinte d'un phlegmon siégeant autour de l'articulation du genou droit. La malade meurt le 23 mai 1884 de tuberculose pulmonaire dans un état d'amaigrissement et de marasme très prononcé.

Autopsie. — Du côté du genou droit, on trouve plusieurs fistules qui conduisent au bord inférieur de la rotule, laquelle est nécrosée dans toute son étendue.

Poumons. Le poumon droit est rempli de tubercules en voie de ramollissement. Il est refoulé par une pleurésie purulente enkystée, occupant toute la partie postérieure de ce lobe, ainsi que sa face inférieure.

Le poumon gauche est emphysémateux dans la totalité de son lobe supérieur, qui présente de nombreux noyaux tuberculeux disséminés.

Cœur. Le ventricule gauche est très hypertrophié. Il n'y a pas de lésions des valvules.

Organes génito-urinaires. Du côté gauche, il y a absence complète de rein. La capsule surrénale de ce côté existe à sa place normale.

A droite se trouvent les deux reins soudés l'un à l'autre, le supérieur, qui représente le rein droit, se confondant par son extrémité inférieure avec le rein gauche dans toute l'étendue de son bord concave ou interne.

Ce rein gauche est retourné sur lui-même, c'est-à-dire que sa face postérieure, déterminée par l'origine du bassinet et de l'uretère, regarde en avant. On peut comparer ce rein unique à la lettre T renversée, dont la branche verticale serait représentée par le rein droit, et la branche horizontale par le rein gauche.

Ce qui démontre bien que ces deux reins se sont accolés l'un à l'autre, c'est la présence des vaisseaux et des canaux qui en partent.

L'*artère rénale droite* naît de l'aorte à sa place ordinaire, immédiatement au-dessus du tronc cœliaque. Elle pénètre dans le rein correspondant par deux branches, l'une, la plus volumineuse, va directement au hile ; l'autre pénètre dans ce rein au niveau de son extrémité supérieure.

L'*artère rénale gauche* prend naissance un peu au-dessus de la division de l'aorte en artères iliaques primitives et se divise en trois branches au niveau du hile de ce rein.

Les *veines* partent des deux hiles du rein unique et vont se jeter dans la veine cave inférieure.

Les *uretères* naissent au niveau des deux hiles, le droit à sa place normale, le gauche en avant des conduits vasculaires du hile. Ils vont, séparés dans toute l'étendue de leur trajet, se jeter dans la vessie à leur place normale.

Nous avons donc affaire à une ectopie rénale à droite, avec fusion de ces deux organes et renversement de celui qui est déplacé.

Du côté du petit bassin, on trouve à leurs places normales la vessie en arrière du pubis, et le rectum en avant du sacrum sur sa partie médiane.

L'*utérus* est dirigé obliquement de haut en bas et de droite à gauche. Il ne présente qu'un seul ligament large, le droit, qui attire fortement l'utérus de son côté, d'où sa direction oblique. Du côté gauche, il y a absence complète de ligament rond et de ligament large.

Le péritoine tapisse la face latérale de l'utérus.

On trouve, du côté de la fosse iliaque gauche, dans sa partie interne, des vestiges de ce ligament large dont nous avons constaté l'absence. Le ligament rond, qui est dirigé obliquement en bas et en dedans, contourne le petit bassin pour gagner l'orifice interne du canal inguinal. L'ovaire, qui est très aplati et allongé, a la même direction et recouvre le ligament rond.

La trompe de Fallope est située à 2 centimètres de l'ovaire, auquel elle adhère par son pavillon à l'aide d'un ligament fibreux peu épais. Son extrémité supérieure, qui répond à son entrée dans l'utérus, est complètement obturée, tandis que son extrémité inférieure ou pavillon est libre et placée à côté de l'ovaire.

Nous avons bien affaire ici à une affection congénitale, car nous ne trouvons pas trace d'opérations sur l'abdomen ni du côté de l'utérus, et les renseignements concordent avec l'état anatomique.

Séance du 6 juin 1884. — Présidence de M. Cornil.

1. Rupture spontanée et incomplète du cœur ; par E. Lévêque, interne de l'hôpital de Saint-Germain-en-Laye. — **Examen histologique**, par M. Brault.

Vassaux, Jean, âgé de 88 ans, tailleur, a été admis à l'hospice de St-Germain au mois de juillet 1874.

Cet homme était d'une excellente santé. Aucun antécédent alcoolique ou morbide à signaler, si ce n'est une toux habituelle qu'il avait depuis longtemps et qui ne l'empêchait nullement de travailler, ni de se promener aux jours de sortie. Il ne se plaignait jamais d'aucune gêne ou douleur précordiale ou présternale. Le 27 mai 1884, au soir, le vieillard se couche à l'heure ordinaire, aussi bien portant que les jours précédents. Durant la nuit, rien de particulier n'attira l'attention de ses voisins ; et le lendemain matin on le trouvait mort dans son lit.

Autopsie. — Le lendemain, rigidité peu prononcée. Adhérence ancienne de la dure-mère au crâne ; *encéphale* indemne. Un peu d'emphysème des *poumons*, légèrement congestionnés à la base.

Reins petits, durs et pâles à la coupe.

L'*aorte* est couverte de nombreuses plaques d'athérome.

A l'ouverture du *péricarde*, on trouve dans sa cavité environ 90 grammes de sang liquide.

En examinant la surface du *cœur*, on constate, sur la face antérieure du ventricule gauche, vers sa partie moyenne, l'existence d'une fente longue de un centimètre environ. Cette fissure est rectiligne et verticale ; ses deux lèvres sont rapprochées et laissent voir entre elles un peu de sang liquide. Pour l'explorer, on peut, par une légère pression, écarter les lèvres et rendre l'orifice béant. On peut alors introduire l'extrémité d'un stylet ; mais l'instrument ne peut s'enfoncer qu'à une profondeur de 4 ou 5 millimètres. Dans cet orifice on voit quelques fibres du myocarde rompues et séparées des autres. Un filet d'eau permet de les voir flotter.

De plus, dans le voisinage de la fissure, on voit le feuillet viscéral du péricarde présenter deux bords, détachés sur une très petite étendue du muscle sous-jacent, et un peu plus bas une légère saillie. Une faible traction sur ces bords amène le décollement de ce feuillet sur une surface de 2 centimètres et demi environ. On découvre alors, au-

dessous de la première lésion, une nouvelle scissure, en accent circonflexe, très superficielle. Une coupe verticale du ventricule gauche ne fait découvrir à sa face interne aucun orifice correspondant aux lésions de la face externe.

Examen histologique. — Avant de procéder à l'examen histologique, nous avons disséqué les deux artères coronaires, pour nous rendre compte de leur état. Leur embouchure au-dessus des valvules sigmoïdes de l'aorte était à peu près normale comme dimension, et il n'existait à ce niveau aucune plaque athéromateuse ou calcaire. La partie de l'aorte située immédiatement au-dessus des valvules sigmoïdes était également très peu athéromateuse.

Les deux artères, après avoir été disséquées, ont été ouvertes sur la sonde cannelée dans toute leur longueur. Saines dans la première partie de leur trajet, elles étaient très nettement athéromateuses dans le reste de leur étendue.

L'artère coronaire gauche était presque totalement oblitérée à sa partie moyenne, quant à l'artère coronaire droite, elle présentait un caillot adhérent à sa paroi dans une assez grande étendue.

L'examen histologique du cœur a été pratiqué au niveau des points où existaient les fissures, également dans différents points de la paroi.

Cet examen a permis de constater que les fissures étaient peu profondes et qu'elles ne communiquaient nulle part avec la face interne du ventricule gauche. Dans ces fissures, il n'existait ni coagulum sanguin fibrineux, ni globules adhérents aux fibres musculaires rompues. A ce niveau, comme dans toutes les autres parties du myocarde examinées à un fort grossissement, la fibre musculaire parut toujours présenter la même altération : exagération de la striation longitudinale et transversale des segments musculaires, accumulation de pigment *en très grande quantité* autour du noyau, altération profonde du ciment intersegmentaire. En aucun point il n'existait de dégénérescence graisseuse de la fibre musculaire. L'endocarde présentait un épaississement assez considérable, et de sa partie profonde se détachaient des bandes fibreuses qui sillonnaient irrégulièrement le myocarde.

Réflexions. — Il nous semble que la petite hémorrhagie péricardique ne peut expliquer la mort subite par compression et que si cette hémorrhagie a été pour quelque chose dans l'issue fatale, c'est à titre de cause occasionnelle en provoquant une syncope. Si les artères coronaires n'avaient pas été complètement oblitérées, il est probable que cette syncope n'aurait pas été suivie de mort.

2. Lésions multiples des orifices du cœur, en dehors du rhumatisme ; par Lubet-Barbon, interne des hôpitaux.

Debize, âgée de 40 ans, entre le 23 mai 1884 à l'hôpital Tenon, salle Magendie, n° 16 (service de M. Barth).

Il y a trois ans, à la suite d'une brusque suppression des règles, notre malade voit apparaître pour la première fois un œdème malléolaire qui dure quelques jours, et disparaît pour revenir bientôt périodiquement sous l'influence de la moindre fatigue. Pendant cette période, elle est aussi sujette à des palpitations et à des bronchites fréquentes. La menstruation met un an à se rétablir et ne se montre d'ailleurs que pendant quelques mois. Nous ne trouvons pas de rhumatismes dans ses antécédents.

Il y a trois semaines, à la suite d'émotions et surtout à la suite d'un froid intense trop longtemps supporté, les palpitations redoublent, s'accompagnant de sensation d'angoisse pectorale, l'œdème des jambes s'établit et la dyspnée devient de plus en plus considérable. Depuis quinze jours les phénomènes vont en augmentant, la toux est presque incessante la nuit, les extrémités des membres, surtout le bras gauche, les pommettes, les lèvres prennent une teinte cyanosée, la malade présente le tableau de l'asystolie.

Les mouvements du cœur sont désordonnés, néanmoins on parvient à distinguer un double bruit de souffle à la pointe, et un au foyer de l'orifice tricuspide. Pouls veineux vrai dans les jugulaires. Râles de bronchite disséminés en abondance dans les deux poumons. Albuminurie notable, urines très foncées rendues en petite quantité, un demi-litre à un litre environ. Traitement : lait, digitale à la dose de 0,25 centigrammes de poudre en macération.

25 *mai.* Même état du cœur. La quantité d'urine n'est pas augmentée. Poumon gauche : râles sous-crépitants nombreux dans toute la hauteur ; à droite, épanchement remontant jusqu'au milieu de l'omoplate ; à ce niveau, matité, abolition des vibrations thoraciques et du murmure vésiculaire, souffle doux, égophonie.

26 *mai.* Râles fins et nombreux dans le poumon gauche, tendance à la broncho-pneumonie. A droite, l'épanchement existe encore. On supprime la digitale qui paraît avoir peu d'effet et on cherche à stimuler la malade par le café et des injections d'éther.

31 *mai.* L'état général ne fait qu'empirer et la malade est arrivée aux dernières limites de la cachexie cardiaque. L'œdème a gagné les parois abdominales, la dyspnée est extrême, quoique l'épanchement pleural ne paraisse pas augmenté.

2 *juin.* Morte dans la soirée.

Autopsie le 4 juin, 36 heures après la mort. — Epanchement notable dans la plèvre droite. *Poumon gauche* œdématié et congestionné par places. *Poumon droit* : on trouve un gros noyau d'apoplexie pulmonaire, le reste du poumon est crépitant mais gorgé de sang noir.

Rate sclérosée et dure : les corpuscules de Malphigi font saillie.

Foie cardiaque type. Les veines sus-hépatiques sont dilatées et les ramifications de deuxième et de troisième ordre admettent facilement le doigt. L'examen histologique montre des cellules normales, peu de granulations graisseuses ; les capillaires intra-lobulaires paraissent aussi dilatés et entourés de tissu conjonctif. Le *rein* présente les altérations macroscopiques de la néphrite interstitielle.

Le *cœur* est plus particulièrement intéressant. — *Péricardite* adhésive au niveau de l'oreillette droite ; sur le péricarde viscéral, on observe un semis de petites granulations brillantes, difficiles à énucléer, qui ressemblent à de petits tubercules et que l'examen histologique a montré formées de tissu conjonctif coupé de faisceaux de tissu élastique.

L'oreillette droite est dilatée, jusqu'à atteindre presque le volume du poing. Les colonnes musculaires sont anormalement développées. La valvule tricuspide est rétrécie et ses valves épaissies. Sur les bords, on trouve de petits bourgeons d'endocardite récente. Les valvules sigmoïdes de l'artère pulmonaire sont normales. L'oreillette gauche, un peu moins volumineuse que la droite ne présente pas non plus de faisceaux musculaires en saillie. On voit sur l'endocarde de nombreuses plaques fibreuses et faisant saillie dans l'oreillette, implantée sur le bord de l'orifice mitral, un bourgeon d'endocardite végétante. On trouve aussi une de ces productions sur la paroi externe de cette oreillette. L'orifice mitral est rétréci au point d'admettre à peine les pointes d'un ciseau fermé et le bourgeon signalé à la face auriculaire de la valvule devait encore en diminuer le calibre.

Les valves épaissies et soudées entre elles transforment l'orifice en un canal rigide long de un centimètre.

Sur l'endocarde ventriculaire, plaques laiteuses. L'orifice aortique enfin n'est pas indemne et chacune de ses valvules est transformée en une plaque dure et rugueuse.

Réflexions. — Un premier point nous a paru intéressant : c'est de ne pas trouver le rhumatisme dans les antécédents de notre malade, alors que les altérations cardiaques sont celles du cœur rhumatismal, portées à leur plus haut degré, puisque la valvule tricuspide elle-même est atteinte. En second lieu, il est remarquable de voir une athrésie mitrale considérable et ancienne n'avoir donné lieu pendant longtemps qu'à si peu de troubles circulatoires. Il semble que le débit du sang ait été suffisant, tant que les autres organes ont bien fonctionné. Une bronchite est survenue, a rompu l'équilibre et déterminé la série des accidents qui ont amené

là mort. L'état avancé des lésions explique suffisamment l'insuccès du traitement par la digitale.

3. Hystérectomie. — Ouverture de la vessie. — Cystorrhaphie ; par M. M. Dénucé, interne des hôpitaux.

M. Dénucé présente les pièces anatomiques provenant d'une malade opérée d'hystérectomie abdominale à l'hôpital Necker, le 2 juin, par M. le professeur Trélat.

Observations. — Eugénie M..., âgée de 45 ans, entre dans le service le 28 avril 1884. Réglée à 14 ans, mariée à 19 ans, mère de trois enfants qu'elle n'a pas nourris, elle a vu depuis 3 ans son ventre augmenter de volume. Vers la même époque, ses règles, sans que ni leur durée ni leur abondance fussent accrues, devinrent douloureuses. Depuis un an, elle se plaignait de douleurs dans le bas-ventre, douleurs s'exagérant dans l'état de plénitude de la vessie et à la miction. A son entrée, la malade, assez maigre, est très affaiblie. L'abdomen est volumineux (92 centimètres au niveau de l'ombilic) ; la peau est tendue, l'ombilic presque effacé.

Le palper, douloureux, fait reconnaître la présence d'une tumeur en contact avec la paroi abdominale de consistance assez ferme, de forme arrondie, peu bosselée. La fluctuation n'est nette en aucun point. La percussion montre que cette tumeur occupe la partie inférieure du ventre, et remonte à quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Au toucher vaginal on constate que l'utérus est très élevé, mais le col paraît libre et les mouvements communiqués à la tumeur *ne lui sont pas transmis*. C'est surtout ce dernier signe qui conduit au diagnostic de kyste ovarique, et l'opération de l'ovariotomie est décidée. Le 2 juin, l'opération est pratiquée ; elle fait reconnaître l'existence d'un fibromyome utérin, très volumineux, et relié aux parois de l'abdomen et du bassin par de nombreuses adhérences fibreuses, mais lâches. M. le professeur Trélat se met en devoir d'achever l'hystérectomie. L'opération est rendue très laborieuse par la présence non seulement des adhérences, mais encore d'énormes paquets vasculaires attenant aux parties latérales de la tumeur. Dans la section de ces adhérences, la vessie, dont le fond entraîné par la tumeur était remonté jusqu'à l'ombilic, est ouverte, ou pour mieux dire son fond est complètement séparé du reste de l'organe. La tumeur est pédiculisée au moyen d'un serre-nœuds, et son ablation est achevée. M. Trélat fait alors la cystorrhaphie et ferme la plaie vésicale, au moyen de dix-sept points à la soie de Czerny, très rapprochés les uns des autres et placés de façon à amener l'affrontement des surfaces séreuses. Le pédicule est maintenu au dehors et l'opération achevée. Pansement iodoformé. Sonde à demeure. Le soir la malade va assez bien. L'urine s'écoule régulièrement par la sonde. Le lendemain, la sonde étant tombée, la malade sans prévenir personne, urine seule dans le vase destiné à recueillir le liquide s'écoulant de la sonde. Cependant elle s'affaiblit de plus en plus et meurt le soir du troisième jour.

Examen de la pièce. La tumeur, très dure, de forme arrondie, mais irrégulière et bosselée, pèse 5 kilos 750 gr. Ses parois présentent encore les restes des adhérences qui ont dû être sectionnées pendant l'opération. A sa partie inférieure, on retrouve le fond de l'utérus, recouvert d'une muqueuse, ayant, à la vue, ses caractères normaux. Les parois très épaissies sont blanchâtres à la coupe, très consistantes, et présentent les mêmes caractères que le tissu de la tumeur proprement dite. Les orifices des trompes de Fallope, assez dilatés, sont faciles à trouver et perméables; en introduisant un stylet dans la trompe gauche, on constate qu'elle est libre dans presque toute son étendue, accollée à la tumeur, et on arrive sur une masse, étalée, plus ou moins confondue avec la tumeur, et qui paraît être l'ovaire atrophié. La trompe droite, au contraire, incluse dans la tumeur à son origine, a été sectionnée, au point où elle s'en dégageait, et l'ovaire a dû rester dans l'abdomen.

En avant, se retrouvent des vestiges de la *vessie* dont le fond adhérait intimement à la tumeur.

L'examen histologique fait reconnaître que la tumeur est bien un fibro-myome utérin.

Autopsie. — A l'ouverture de l'abdomen on trouve des lésions de péritonite généralisée très intense. Pus dans le petit bassin. Une injection poussée dans la vessie est parfaitement retenue. La vessie est détachée avec soin. L'examen de sa surface externe ne permet de découvrir aucune trace de la suture. Les nœuds de soie ne peuvent même être retrouvés. L'organe est alors ouvert, et sur sa face interne on aperçoit la ligne formée par la succession des anses de fil. La réunion est parfaite aussi bien à la face interne qu'à la face externe et, malgré l'enlèvement des fils, résiste à des tractions assez violentes.

Réflexions. — Nous n'insisterons pas sur la partie clinique de cette observation. L'erreur de diagnostic, due à un léger degré d'allongement et à l'extrême souplesse du col, non moins qu'à l'absence de tous les signes propres aux fibromes internes n'eût pu être évitée que par une ponction exploratrice. Un seul signe aurait pu attirer l'attention du côté d'une tumeur utérine. Ce sont les sensations douloureuses éprouvées par la malade, durant ses règles, dès le début de sa maladie. Le point de beaucoup le plus intéressant est l'accident survenu à la vessie et surtout le remède qui a pu lui être opposé. La suture des parois vésicales pratiquée sur une assez grande étendue, a eu un succès complet. Dès le lendemain, la malade a pu uriner seule, et le troisième jour, au moment de sa mort, la réunion était absolue. On peut donc conclure de cette observation que la cystorrhaphie dans des cas analogues peut être tentée et suivie de succès.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 27 février 1885. — Présidence de M. Guyot.

M. Bucquoy, à l'occasion du procès-verbal, regrette qu'on recueille dans l'armée le vaccin sur l'homme pour refaire des vaccinations. Il y a donc une réforme à introduire dans cette pratique fâcheuse à plusieurs points de vue. D'ailleurs, ce vaccin pris chez l'adulte, ne nous fournit pas des garanties suffisantes d'immunité.

M. Richard dit que c'est une question grave pour la médecine militaire, et que certains auteurs soutiennent l'efficacité du vaccin pris chez l'adulte. Cependant actuellement, au Val-de-Grâce, on commence à se servir de génisses vaccinifères.

M. Desnos partage l'opinion de M. Bucquoy en ce qui concerne les adultes déjà vaccinés ; il cite un exemple à l'appui de cette opinion.

M. Labric fait le rapport sur la demande de M. Bernutz, relative à l'honorariat.

M. Richard fait une communication sur la *transmission de la tuberculose par la voie génitale*. Il s'agit d'un soldat ayant contracté la blennorrhagie; plus tard, cystite et prostatite tuberculeuses; et enfin, tuberculose pulmonaire.

M. Tennesson résume 31 observations relatives à l'action du chlorure de méthyle contre l'*élément douleur* dans plusieurs maladies différentes. Sur 10 cas de sciatique, la guérison fut complète, à l'exception d'un seul qui récidiva à Vincennes et qui guérit par une nouvelle application du médicament. Sur 11 cas de rhumatisme musculaire 9 fois la guérison fut complète. Dans 5 cas de rhumatisme articulaire aigu, la douleur disparut avec le même succès, après une seule décharge de chlorure de méthyle. Dans plusieurs cas de pleurésie et de pneumonie, le point de côté disparut complètement et les malades guérirent. Quant aux accidents imputables à la méthode, on peut les prévenir en réduisant la durée de la décharge : 5 ou 6 secondes sont suffisantes.

M. Gérin-Roze fait une communication sur une *cause peu connue d'intoxication saturnine.* — Il a reçu dans son service une femme présentant de la paralysie saturnine, de l'anémie et un léger liseré saturnin. Cette femme était employée à la fabrication de *braises chimiques* au

Pré-Saint-Gervais. Sortie de l'hôpital, cette femme revient à la fabrique; nouvelle paralysie qui la ramène à l'hôpital. Voilà donc une nouvelle profession exposant à l'intoxication saturnine. De plus, les cuisinières et les personnes qui se servent de cette braise peuvent être intoxiquées. L'azotate de plomb qui imprègne cette braise facilite la combustion, mais expose à des dangers. Il y aurait tout avantage à remplacer le sel de plomb par des azotates alcalins.

M. DUGUET communique un cas semblable à celui que M. Gérin-Roze vient de rapporter. La malade était employée à l'empaquetage de la braise chimique; cette opération dégage de nombreuses poussières qui donnent un goût sucré dans la bouche des ouvrières. Un grand nombre de ces dernières ont été victimes de l'intoxication saturnine.

M. VALLIN croit avoir observé des accidents analogues à la suite de l'usage de certaines chaufferettes.

M. C. PAUL présente un *cœur atteint d'anévrysme de la pointe*. — La grosseur égale celle d'une mandarine. A ce moment, tous les membres de la Société s'empressent autour de M. le présentateur dont la voix n'arrive pas jusqu'à nous.

M. BUCQUOY trouve la pièce fort intéressante; il existe en effet dans le sac une masse indurée, calcifiée (*calcul du cœur*) phénomène assez rare et qui peut éclairer la pathogénie. Sous l'influence de ce corps étranger logé dans la pointe du cœur, la pression sanguine a pu déterminer la dilatation anévrysmale de la paroi cardiaque. M. Bucquoy ajoute que le bruit diastolique de la pointe est un signe de rétrécissement mitral. Les malades qui ont un anévrysme ventriculaire se plient en deux: plusieurs observations relatent cette attitude.

M. C. PAUL dit que le calcul est en dehors de l'anévrysme; c'est une simple curiosité anatomique sans valeur pathogénique. Enfin, M. Paul s'élève énergiquement contre l'existence du *bruit diastolique mitral*; il n'y en a pas, il ne peut pas y en avoir; à ce propos, il revient sur les explications qu'il a déjà données dans son livre et pour la vulgarisation desquelles il lutte depuis 14 ans.

M. BUCQUOY maintient son opinion entière et se fait fort d'apporter des preuves.

M. BARTH défend également cette opinion qui a été soutenue par MM. Barth et Roger dans leur manuel d'auscultation.

M. LACOMBE demande quels sont les signes du rétrécissement mitral.

M. C. PAUL dit qu'il y a un retard sur la systole due au rétrécissement et que le bruit dit *présystolique* est en réalité systolique. J. C.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 4 mars 1885. — PRÉSIDENCE DE M. DUPLAY.

M. CHAUVEL donne lecture d'un rapport sur une observation de *contusion de l'abdomen par un coup de pied de cheval; péritonite, laparotomie, mort*, présentée par M. Chavasse. Le troisième jour après l'accident, et en présence des symptômes nettement caractérisés de péritonite, la laparotomie fut pratiquée et démontra qu'il n'existait aucune plaie de l'intestin; le malade succomba le septième jour à partir du début des accidents, et l'autopsie révéla une contusion du mésocôlon transverse et de la moitié droite du pancréas, avec péritonite généralisée. M. Chauvel pense que, dans les cas de ce genre, si l'intervention, qui tend à se généraliser de plus en plus, est décidée, il faut qu'elle soit rapide pour être efficace. L'exemple fourni par M. Chavasse, la lecture des observations montrent que, au bout de plusieurs jours, l'opération n'a plus guère de chances de réussir et, qu'en un mot, il faut intervenir de bonne heure ou sinon s'abstenir.

M. DUPLAY est d'avis que l'intervention est généralement indiquée dans les cas de plaie de l'abdomen. Il cite à ce propos une observation publiée dans le *Medical News*, et dans laquelle on avait obtenu un succès complet, après avoir pratiqué la section de six ou sept plaies de l'intestin, à la suite d'une blessure par arme à feu.

M. QUENU lit une observation d'*ovario-hystérectomie pour une tumeur de l'utérus et des tumeurs végétantes de l'ovaire.*

M. NEPVEU fait une communication *sur les suites éloignées de la désarticulation du genou.*

M. VERNEUIL profite de ces deux cas pour s'élever contre la désarticulation du coude et du genou. Les résultats immédiats de ces deux opérations paraissent d'abord satisfaisants, mais lorsque l'on suit les opérés et qu'on les voit au bout de quatorze ans, comme c'est le cas pour M. Nepveu, on constate alors des résultats fort peu encourageants; les malades ne peuvent s'appuyer sur les condyles et ne peuvent porter d'appareil prothétique. Peut-être, cependant, chez les enfants, il y aurait-il lieu de faire quelques réserves.

M. BERGER a pratiqué une fois la désarticulation du coude que M. Verneuil répudie, aussi bien que celle du genou; il a revu le malade au bout de deux ans, et le résultat satisfaisant des premiers jours s'était maintenu. Il n'existait aucune sensibilité du moignon, et l'appareil prothétique était facilement supporté; peut-être cette anesthésie tendrait-elle à une réaction complète et élevée des troncs nerveux. Quant à la désarticulation du genou, il se range à l'opinion de Verneuil, et en plus, il la rejette aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE présente un malade auquel il a pratiqué une série d'opérations pour des accidents d'ostéomyélite aiguë, entre autres une arthrotomie guérie en dix jours, une arthrotomie du fémur pour ankylose de l'articulation de la hanche. Actuellement, ce malade marche très convenablement et son état général est excellent.

A quatre heures et demie, la Société se forme en comité secret. A. DAMALIX.

CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTHALMOLOGIE.

Séance du 28 janvier 1885. — PRÉSIDENCE DE M. FONTAN.

M. GAYET présente à la société un cas de *tuberculose conjonctivale* dont l'observation magistralement relatée offre un intérêt clinique des plus grands, soulevant cette question si importante des tuberculoses localisées. Un dessin en couleur d'après nature des examens microscopiques répétés, constatant la présence des bacilles de Koch, des inoculations sur des cobayes, viennent à l'appui du diagnostic clinique. Conclusion: La tuberculose de la conjonctive est plus fréquente qu'on ne le croit: elle peut être localisée primitive, ou secondaire. Elle doit être dès le début, combattue par le fer et le feu, sans préoccupations pour l'organe atteint: il importe donc de porter un diagnostic prompt et sûr, basé sur la présence de nodules, gris bleuâtre à ulcération rapide, sur l'engorgement du ganglion préauriculaire, sur l'examen microscopique. L'historique de la question fait d'une manière très complète, montre le danger et l'infection générale et justifie l'intervention énergique, radicale.

M. PARINAUD, reconnaît avec M. Gayet que le diagnostic anatomique n'est pas facile entre le lupus et la tuberculose cutanée, mais la différence clinique reste très grande. Le lupus n'a pas les contours nets ni les granulations grises de l'ulcération tuberculeuse, son évolution est bien plus lente, et on n'observe pas d'engorgements du ganglion préauriculaire.

M. DUFOUR suit, depuis 4 ans, un cas absolument semblable à celui relaté par M. Gayet, qui prouve bien que l'affection peut rester longtemps localisée.

M. NICATI a vu au contraire un cas de tuberculose conjonctivale primitive terminée en un mois, par une phtisie galopante.

M. ABADIE insiste sur la nécessité d'un examen microscopique très minutieux et des *inoculations en séries* qui seules permettent d'éliminer les pseudo-tuberculoses par inoculation et matières septiques.

M. Panas, dans un travail extrêmement remarquable, donne les résultats auxquels il est arrivé dans son *étude expérimentale sur la tuberculose de la cornée*. Ayant eu l'occasion d'observer dans son service un cas d'ulcère de la cornée, à forme très particulière qui lui fit penser à un tubercule ulcéré, il eut l'idée d'inoculer le produit obtenu par le raclage de l'ulcère, entre les lames de la cornée d'un lapin. Quelques jours après, il fut très surpris de voir se développer au lieu d'inoculation, un point grisâtre semblable à une tuberculose, puis 2, puis 3 alentour qui se fondirent en une ulcération absolument identique à celle observée chez la malade. Des inoculations sous-cutanées du produit de l'ulcère, amenèrent une tuberculose générale chez tous les lapins inoculés, qui tous moururent. Ces tubercules inoculés dans la cornée produisirent des tubercules cornéens qui finissaient par guérir sans amener de généralisation plusieurs inoculations successives donnerent constamment le même résultat. M. Panas serait donc tenté d'admettre que la tuberculose de la cornée a peu de tendance à la généralisation.

M. Parinaud a observé comme M. Panas la tuberculose spontanée et la tuberculose expérimentale de la cornée; mais il les croit plus dangereuses que ne le suppose M. Panas. Il a vu deux cas de tuberculose de l'iris qui se sont terminés par la mort dans l'espace d'un an, l'un par une méningite l'autre par tuberculose pulmonaire.

M. Gillet de Grandmond rappelle que Salomonsen, dans ses inoculations de tubercules dans la chambre antérieure chez le lapin, a constamment observé la généralisation de la tuberculose. Il est souvent très difficile de différencier les tubercules des gommes de l'iris qui ont entre eux une grande ressemblance. L'inoculation est un excellent moyen de contrôle dans les cas douteux. Le pronostic et le traitement en retireraient grand profit ainsi que le montre l'observation relatée par M. Gillet de Grandmont.

M. Chibret emploie avec le plus grand succès le *sublimé dans l'asepsie oculaire* en solution à 1/2000 contre l'ulcère serpigineux, l'ulcère à hypopyon et les suppurations post-opératoires. Il l'emploie soit en pansements, soit en lavages, soit en irrigations avec un siphon en appliquant le bec du tube injecteur sur la plaie, pratiquant pour ainsi dire une injection interstitielle des tissus infiltrés pour chasser les microbes de leurs derniers repaires. Grâce à ce moyen on n'observera que bien rarement des phlegmons oculaires. 2° *De la sensibilité de l'iris au point de vue opératoire.* M. Chibret affirme que l'iridectomie n'est douloureuse que si l'on opère une traction sur la région ciliaire.

M. Dianoux se sert depuis longtemps de solutions de sublimé; mais il n'a jamais observé des succès aussi brillants que ceux annoncés par M. Chibret. Il préfère l'acide borique.

M. Nicati emploie le sublimé au millième et s'en trouve très bien.

Séance du 29 janvier. — Présidence de M. Dianoux.

M. Abadie, dans un travail fort intéressant, propose, pour combattre *les complications de la myopie progressive*, la ténotomie partielle des droits externes. La théorie d'Emmert, aujourd'hui généralement adoptée, nous apprend que pendant l'acte de la convergence excessive du myope, tout l'effort de la pression qui tend à allonger le globe oculaire, porte sur la partie de la sclérotique entourant le nerf optique juste à l'endroit où pénètrent les nerfs et les vaisseaux afférents du globe oculaire. Le staphylôme postérieur qui en est la conséquence subit bientôt des troubles nutritifs qui amènent une sclérochoroïdite à évolution progressive; des foyers de choriorétinite et des hémorrhagies peuvent se propager jusqu'à la macula et amener l'abolition de la vision centrale. Ce qui a donné à M. Abadie l'idée d'appliquer le traitement susdit à la myopie progressive, c'est le fait que dans plusieurs cas où, à cause d'une insuffisance marquée des droits internes chez des myopes, il avait pratiqué la ténotomie partielle des antagonistes trop forts, il avait pu constater une diminution d'une ou deux diaptries de la myopie antérieure.

M. Javal soutient que la convergence n'est pas la cause principale de la myopie progressive; pour lui c'est l'effort d'accommodation qui amène la progression de la myopie. La myopie n'est souvent qu'apparente, due à un spasme de l'accommodation provoqué par l'anisométropie. Par une atropinisation prolongée, on s'aperçoit souvent que le spasme une fois vaincu on se trouve en face d'un hypermétrope ou d'un astigmate.

M. Chibret, au nom de l'éclectisme clinique, admet que la convergence et l'accommodation jouent un rôle également important dans la progression de la myopie. Il conseille pour supprimer le spasme de l'accommodation, un repos absolu d'un ou deux mois; et pour empêcher la convergence excessive des lunettes appropriées et l'interposition entre l'œil et le livre d'une règle de 0,30 cent. de long.

M. Bacchi est très partisan de l'opération proposée par M. Abadie, pour l'excellente raison qu'il a subi lui-même cette opération et en est fort heureux; car sa myopie qui progressait rapidement a diminué depuis de 4 diaptries, l'acuité visuelle, s'est améliorée et l'asthénopie musculaire a disparu.

M. Dor pense qu'il est bon, avant de faire l'opération de M. Abadie d'essayer d'abord de corriger l'insuffisance musculaire par des prismes.

M. Suarez explique la diminution de la myopie après la section partielle des droits externes, par le fait que le droit interne ayant besoin d'un travail moindre pour obtenir la convergence, la contraction corrélative des muscles de l'accommodation sera moindre.

Pour M. Dransart, l'amélioration et la myopie par la section des muscles est due à un effet d'équilibre circulatoire identique à celui qu'il obtient dans ces cas par la sclérotomie.

M Abadie est heureux de rencontrer dans l'assemblée un exemple aussi frappant des résultats que peut donner le traitement qu'il vient de proposer. Il n'avait pas le plaisir de savoir que M. Bacchi avait subi la section des droits externes depuis plusieurs années et que l'effet obtenu avait été bon et durable. C'est la meilleure réponse qu'on puisse donner aux objections faites plus haut. Chacun sait que la myopie progressive arrive surtout chez les myopes qui ont tardé trop longtemps à se servir de lunettes faisant par conséquent peu ou point d'efforts d'accommodation, mais faisant en revanche des efforts de convergence excessifs et capables d'expliquer le développement d'un staphylome considérable.

M. Meyer. *Eclat d'acier dans l'humeur vitrée extrait par l'électro-aimant, rétablissement de la vision.* Cette observation est très intéressante parce que l'éclat d'acier brillant était très bien vu et très mobile dans le corps vitré rempli de corps flottants qui disparurent de suite après l'application de l'électro-aimant qui avait extrait le corps étranger.

La disparition rapide de ces flocons est-elle due à l'effet de l'électricité ou à une simple restitution *ad integrum* après l'élimination du corps étranger ?

M. Gorecki pense qu'il ne faut pas s'exagérer la force d'un électro-aimant, car la puissance est en raison directe de la masse du corps attirable. Aussi le procédé d'extraction par le barreau aimanté ne convient-il que dans les cas où le corps étranger est libre et non enclavé dans les tissus.

M. Dufour a eu l'occasion d'employer un gros électro-aimant pour diagnostiquer la présence d'un éclat métallique invisible dans l'œil. Le déplacement du corps étranger à l'approche de l'électro-aimant produisit une douleur aiguë subite et révélatrice, qui permit l'extraction du corps étranger par l'électro-aimant de Hirshberg.

M. Courserant propose comme moyen de *traitement et de diagnostic des amblyopies alcoolo-nicotiennes les injections de pilocarpine*. Dans les amblyopies, après une seule injection de pilocarpine on obtient une amélioration très notable de l'acuité visuelle durant seulement quelques heures, amélioration qui ne se produit jamais dans les atrophies des nerfs optiques. Après un certain nombre d'injections, l'amélioration obtenue persiste. La pilocarpine est du reste un puissant agent d'élimination des substances toxiques, et un stimulant des fonctions nutritives. *M. Courserant* propose aussi de profiter de l'anesthésie produite par la coraïne pour essayer de traiter certains ulcères de la cornée par des *bains électriques* et médicamenteux. (L'ordre du jour étant trop chargé, chacun des orateurs inscrits fait sa communication sans qu'aucune discussion soit permise.)

M. Darier fait part de ses recherches microscopiques dans

les différentes affections de la conjonctive. Dans toute *ophtalmie purulente*, il a pu constater la présence constante du *gonococcus*, microbe pathogène de la blennorrhagie dont les inoculations ont reproduit la blennorrhagie, type chez l'homme. Il propose d'appeler *virulente*, toute conjonctivite dans laquelle on aura constaté la présence du gonococus, que jamais il n'a pu rencontrer dans aucune autre affection oculaire quelque purulente qu'elle fût. D'intéressantes observations démontrent l'importance et la facilité de cet examen microscopique. Il ne sera plus permis de parler d'ophtalmies purulentes rhumatismales, tant qu'on n'apportera pas à l'appui du diagnostic, des préparations microscopiques.

M. Parinaud recommande comme *traitement du glaucome laparentèse scléroticale*. opération facile et à peine douloureuse qui peut du reste toujours être suivie d'indestomie en cas d'insuccès. Les douleurs du glaucôme sont calmées instantanément et le plus souvent la guérison se maintient indéfiniment, à moins que l'on n'ait affaire à une forme maligne de glaucôme, auquel cas ces fonctions scléroticales peuvent être répétées à chaque instant.

M. Fontan relate l'observation d'un jeune tuberculeux affecté de *diplopie monoculaire sans trouble des milieux*, mais avec rétrécissement concentrique du champ visuel, diminution de l'acuité visuelle centrale, et perception défectueuse des couleurs, tous symptômes qui pouraient faire penser à une atrophie du nerf optique, suite d'une traumatisme.

M. Dufour fait observer que le traumatisme produit quelquefois des déchirures presque imperceptibles de l'iris, il y a alors diplopie par double pupille.

M. Parisotti relate, avec figures à l'appui, une observation fort intéressante *d'épitheliona de la conjonctive bulbaire*.

M. Maréchal présente la photographie avant et après l'opération. d'une jeune fille atteinte d'une *tumeur kystique volumineuse substituée à la glande lacrimale,* dont on n'a pu retrouver aucune trace. L'extirpation de la tumeur a amené une restitution notable, des fonctions de l'œil qui était rejeté hors de l'orbite et presque insensible à la lumière.

M. Tsherning conclut d'expériences faites après la mort que la *contraction de la pupille qui suit l'écoulement de l'humeur aqueuse*, est un phénomène absolument mécanique, puisqu'il se produit aussi bien sur le cadavre.

L'après-midi une séance entièrement consacrée aux démonstrations anatomo-pathologiques et à la présentation d'instruments et de maladies, clôt le congrès dont la prochaine réunion aura lieu en avril 1886.

A. Darier.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 25 février 1885. — Présidence de M. Duhomme.

M. Huchard présente la thèse d'un de ses élèves, M. Arduin, sur l'*antipyrine*, et à ce propos insiste à nouveau sur la nécessité de ne donner que de faibles doses du médicament. Il répond à M. Blondeau qui lui demandait des renseignements complémentaires sur le traitement qu'il avait institué dans un cas de goitre ophtalmique : que l'antipyrine n'a pas abaissé la température, qui du reste était normale, et que l'amélioration produite était probablement due à l'action vaso-constrictive du médicament.

M. Dujardin-Beaumetz demande à l'auteur s'il considère l'antipyrine comme un toxique.

M. Huchard répond qu'elle est toxique comme la digitale et la plupart des médicaments actifs.

M. Dujardin-Beaumetz pense qu'il ne faut pas dire que c'est là un médicament sans danger même aux doses faibles de 0 gr. 50. C'est peut-être le moins dangereux des antithermiques, mais en somme, c'est un médicament dangereux. De plus, son usage doit être exclusivement limité aux phtisiques, car alors qu'il agit véritablement contre leur fièvre, il reste sinon impuissant, tout au moins infidèle dans les autres pyrexies.

M. Dujardin-Beaumetz présente les thèses de deux de ses élèves : celle de M. Marsset sur l'*euphorbia pilatifera*, et celle de M. Emery sur la *cascara sagrada*. On se trouvera bien de l'emploi de la teinture d'Epilulifera à la dose de 20 gouttes par jour, très étendues d'eau dans toutes les toux quinteuses, dans les dyspnées. Malheureusement, comme toutes les euphorbes, la plante contient un principe irritant qui ne permet pas de prolonger son emploi pendant longtemps. La cascara sagrada, tient le milieu entre le podophyllin et la rhubarbe : 0,25 centigr. de poudre pris le soir donnent une selle le matin. C'est un nouveau et bon purgatif.

M. Gouguenheim expose le résultat de ses recherches sur l'*emploi de la cocaïne* dans le traitement des maladies de la gorge et du larynx. D'abord, il lit un passage d'une brochure présentée il y a trois ans à la Société, et dans laquelle il constatait sans ambiguïté les propriétés anesthésiques de la cocaïne dans ces affections. Il se servait à cette époque de l'extrait de coca dilué. Il se sert de la solution suivante :

Chlorhydrate de cocaïne . . .	1 gramme.
Eau distillée.	20 grammes.

dont il a retiré des bénéfices considérables qu'on peut résumer ainsi. Le badigeonnage de l'arrière-gorge, et particulièrement de la base de la langue et des piliers du voile du palais permet de faire de suite un examen qu'on n'aurait peut-être pu exécuter qu'après 10 à 12 séances. Ce badigeonnage plus profond amène une réduction considérable de la douleur et de la dysphagie dans l'épiglottite et la laryngite tuberculeuses. Pratiqué 2 fois par jour quelque temps avant le repas, il permet à ces malades de s'alimenter. L'auteur signale en outre les avantages qu'un de ses anciens internes, M. Lermoyez a retiré de ces badigeonnages dans l'extirpation des amygdales. En résumé, la cocaïne est un agent des plus précieux dans le traitement des maladies de l'arrière-gorge, et du larynx, car, sans compter les qualités précédemment énumérées, elle permet dans ce dernier organe, l'introduction d'instruments variés et facilite ainsi de beaucoup les opérations.

M. C. Paul dit que la cocaïne agit également en supprimant l'irritabilité réflexe ; le badigeonnage de l'arrière-gorge enraye les vomissements des phtisiques, ainsi que l'absorption, avant le repas, de 10 à 20 gouttes de la solution à 5 0/0.

M. Labbée a constaté en outre que l'effet du médicament ne s'usait pas, car il a pu badigeonner ainsi et soulager un malade pendant 2 mois.

M. Dujardin-Beaumetz pense que pour enlever sans douleur les amygdales, il sera nécessaire d'y faire des injections interstitielles. Il croit que de cette façon on devrait pouvoir faire également sans douleur, l'opération du phimosis. La cocaïne en somme, est appelée pour toutes ces opérations superficielles, à remplacer la méthode réfrigérante si mauvaise du reste.

La séance se termine par une discussion sur le prix très élevé de la cocaïne (22 fr. le gramme). Il y a peu de feuilles de coca disponibles, car la spéculation s'en est mêlée; en outre, il faut se méfier de celles qui arrivent en ce moment. Elles devront avoir été bien séchées à l'ombre, et présenter trois nervures longitudinales.

Erratum. M. Bremond nous écrit que c'est en son propre nom qu'il a présenté les tablettes hypodermiques de M. Wyeth et la trousse de MM. Burroughs et Welcome (voir *Progrès médical*, n° 42. p. 839, 1884).

Gilles de la Tourette.

Société de médecine légale. — Séance du lundi 9 mars 1885, à 4 heures très précises, au palais de justice dans la salle des Référés. Ordre du jour : Suite de la discussion et vote des conclusions du rapport de M. Lutaud, sur un cas de submersion. Rapport de la Commission de jurisprudence. — M. Brouardel. Empoisonnement d'un enfant par le lait de sa mère. Sur le meilleur mode de conservation des sujets et des pièces destinés aux recherches médico-légales. (Commissaires MM. Brouardel, Lebaigne. Jules Lefort). — M. Vibert, sur un cas de mort d'un enfant attribué au défaut de soins. — M. Lutaud, sur les rapports des médecins avec les municipalités.

REVUE DE MÉDECINE LÉGALE

I. Des aliénés criminels; par le Dr A. Motet (Mémoire communiqué à la section d'hygiène publique de l'*Association française* pour l'avancement des Sciences. — Congrès de Rouen. — Séance du 17 août 1883.)

II. Les médecins doivent-ils délivrer des certificats post mortem à produire aux compagnies d'assurances sur la vie (1).

III. Dans l'empoisonnement par l'oxyde de carbone, ce gaz peut-il passer de la mère au fœtus? par Gréhant et Quinquaud (*Compt. rend. de l'Acad. des sciences*, 1883).

IV. Recherches historiques, ethnographiques et médico-légales sur l'avortement criminel, par Léon Galliot. Thèse Lyon, 1884.

V. Contribution à l'étude statistique de la criminalité en France, de 1826 à 1880, par J. Socquet. Thèse Paris, 1884.

VI. De la criminalité en France et en Italie; par Albert Bournet (Laboratoire de médecine légale de la Faculté de Lyon).

VII. De la criminalité chez les Arabes au point de vue de la pratique médico-judiciaire en Algérie; par A. Kocher (Laboratoire de médecine légale de la Faculté de Lyon).

I. Les aliénés criminels sont d'ordinaire acquittés. L'acquittement prononcé, la société a le devoir de s'occuper de ces malheureux. Comment ? en adoptant un ensemble de mesures propres à défendre la société contre l'aliéné, sans sévérités inutiles et surtout sans affaiblir les sentiments de respect et de pitié dus à une grande infortune. Après avoir étudié ce qui se fait dans les divers pays, et plus particulièrement en Angleterre, M. Motet en arrive à formuler le vœu suivant: qu'il soit pourvu, soit par la création d'un asile spécial, appartenant à l'Etat et dirigé par lui, soit par l'installation de quartiers spéciaux près des asiles et des grandes maisons de détention, à la séquestration des aliénés auteurs de faits qualifiés crimes ou délits, dont l'état mental est de nature à compromettre la sécurité des personnes et la sécurité publique.

II. Cette grave question fut soulevée à l'occasion d'une vive discussion qui s'était engagée sur ce même sujet à la Société de médecine légale du Havre. Après avoir entendu les avis les plus opposés, la Société de médecine légale de Paris a été d'avis, tout en déclarant que la règle qu'elle formulait ne saurait être imposée comme une obligation, mais conseillée comme une ligne de conduite convenable et digne : « que les médecins feront bien de refuser toujours et absolument de délivrer des certificats indiquant la nature de la maladie à laquelle a succombé un de leurs clients et les circonstances dans lesquelles il est mort. »

III. L'oxyde de carbone passe, lentement et en minime quantité, du sang de la mère au sang du fœtus. Au moment de la mort le sang de la mère renferme six fois plus d'oxyde de carbone que celui du fœtus. Ces considérations établissent que l'opération césarienne, chez une femme enceinte qui a succombé à l'intoxication par la vapeur de charbon, est susceptible de réussir.

IV. Se fondant sur des travaux récents, l'auteur admet que la famille humaine a successivement passé par plusieurs études (hétaïrisme, matriarcat, patriarcat.) Dans cette lente évolution, variable avec les pays, l'infanticide, l'avortement et la castration ont été dictés par des nécessités auxquelles M. Galliot croit pouvoir donner le nom de restriction sexuelle pour limiter l'accroissement de la population. M. Galliot envisage l'avortement en France depuis 1789 et établit la marche des crimes d'avortement, soit que ceux-ci aient été jugés contradictoirement, soient que les affaires aient été l'objet d'une ordonnance de non lieu. Il montre ainsi, qu'à notre époque, le nombre des affaires abandonnées devient de plus en plus considérable. A ce propos il compare les avortements répartis par mois, de 1827 à 1870, aux viols et aux infanticides. Par l'étude de la statistique, il est montré que les sages-femmes ont à répondre devant les tribunaux à des accusations de crimes-personnes qui vont sans cesse en augmentant de nombre. Leur répartition prouve qu'elles s'établissent surtout dans les grandes villes et les centres populeux et riches, et qu'elles désertent les populations rurales et pauvres. En terminant, M. Galliot attire l'attention du législateur sur l'organisation des maisons privées d'accouchement et demande que ces établissements soient traités comme ceux qui sont consacrés aux aliénés, c'est-à-dire sous la surveillance de magistrats.

V. Ce travail est accompagné d'une préface qui émane de la plume autorisée de M. le professeur Brouardel. Ce savant maître déclare que, contrairement à ce que l'on admet généralement, la criminalité contre la vie des personnes adultes n'augmente pas en France, mais diminue. Si la criminalité des adolescents est de tous les temps, il faut avouer que depuis 50 ans, le nombre des individus âgés de 16 à 21 ans, poursuivis pour meurtre et assassinat, a augmenté. Il est également facile, en jetant un coup d'œil sur les tracés contenus dans le livre de M. Socquet, de voir que si la criminalité contre les adultes a diminué, celle contre les enfants a augmenté dans une proportion effroyable. En lisant ces résultats, une réflexion vient immédiatement à l'esprit. Les crimes contre la vie des adultes, ceux contre lesquels les jurés se montrent en général sévères, diminuent notablement, ceux pour lesquels les jurés sont trop souvent d'une indulgence excessive, les infanticides et les attentats aux mœurs, augmentent notablement. Depuis que le tour est fermé, l'infanticide a augmenté dans les départements, tandis qu'il est resté au même taux à Paris et à Lyon. Quant aux attentats, ce sont le plus souvent des vieillards qui s'en rendent coupables envers des petites filles laides, scrofuleuses, d'intelligence retardée.

VI. En France, l'étude de la criminalité générale montre qu'elle a plus que triplé. Cette augmentation est due surtout aux délits devenus plus nombreux à la suite de modifications apportées à la législation. Le nombre des crimes contre les personnes augmente plutôt qu'il ne diminue; ceux contre les propriétés diminuent. En Italie, les crimes de sang sont au moins trois fois plus nombreux qu'en France. Le meurtre est en moyenne six fois plus fréquent en Italie qu'en France. L'assassinat tend à devenir plus fréquent en France. En Italie, le nombre des parricides est en moyenne le double de celui de la France. La statistique de l'empoisonnement accuse une notable diminution en France et en Italie. Les viols et attentats à la pudeur sont infiniment moins fréquents en Italie qu'en France, quoique les chiffres fournis par la statistique ne représentent guère la criminalité réelle. En France, ces crimes, surtout sur les enfants, augmentent dans des proportions effrayantes. L'infanticide est en moyenne chaque année deux fois plus fréquent en France qu'en Italie. La loi d'antagonisme entre les crimes de sang et le suicide est manifeste en France et en Italie.

VII. Les meurtres, assassinats ou blessures graves, sont produits le plus souvent par des intruments contondants, tranchants, ou par des armes à feu. Certaines blessures du cou sont caractéristiques d'une main arabe. Dans les cas de mort subite, l'expert devra se préoccuper des ruptures de la rate. L'Arabe résiste assez bien aux traumatismes. Les empoisonnements se font à l'aide de poisons végétaux. Le suicide paraît augmenter chez les femmes...

Dr Albert Josias.

THÉRAPEUTIQUE

La diète animale en thérapeutique;

Par M. le Dr **Girard**.

La déchéance organique menace nos générations : elle ne prend pas sa source, ainsi qu'on pourrait le croire *à priori*, dans une alimentation insuffisante, car le commerce et l'industrie ont multiplié les subsistances, et le

(1) *Société de médecine légale* du 9 juin 1884.

bien-être est plus grand et plus général qu'il n'a jamais été. L'observateur attentif trouverait plus volontiers la cause de cette déchéance dans la dépense nerveuse qui s'impose à chacun de nous. En effet, le cerveau toujours en travail, contribue au progrès, ou jouit des surprises et des satisfactions que promet une civilisation avancée ; il absorbe ainsi la plus grande partie des forces destinées aux fonctions organiques, et à la digestion en particulier.

Nous ne pourrions plus utiliser la lourde et frugale alimentation des ancêtres : elle réclame trop de forces, et l'usage de la nourriture animale s'impose à nous, parce qu'elle présente sous un petit volume une richesse nutritive incomparable. Le tube intestinal travaille beaucoup moins, mais il perd de sa vigueur, et son affaiblissement retentit sur la constitution générale.

Qu'un nouvel effort soit demandé à l'organisme ; qu'un accident survienne : la viande elle-même n'est plus digérée, la nutrition devient insuffisante, la chute est prochaine. Dans cette conjecture, le médecin pouvait jadis recourir au régime animalisé ; il soulageait l'estomac et relevait rapidement les forces. Cette ressource lui fait aujourd'hui défaut, et il serait désarmé s'il n'avait, comme auxiliaire, la viande peptonisée en dehors de l'individu.

J'ai pour ami et client M. M..., homme instruit, d'une excellente constitution, mais doué d'une activité dévorante.

Pendant dix années, il travailla dix-huit heures par jours, surmenant à l'envi son cerveau et son corps. A 38 ans, il eut à soutenir un procès dans lequel sa fortune était en jeu ; il n'en fallait pas tant pour faire déborder le vase.

Dès la deuxième année de la lutte, le caractère de M.M..., s'assombrit ; il devint misanthrope ; ses jeunes enfants, qu'il adorait, lui pesaient comme un remords ; son esprit se traînait péniblement dans les travaux et les expériences qu'il avait à suivre ; lui, qui avait tant voulu, se sentait las de vouloir. Un besoin infini d'anéantissement l'envahissait, comme on ressent parfois un besoin invincible de dormir. Son goût s'était émoussé, l'appétit était nul. Afin de faire face à un travail écrasant, à une lutte difficile, il mangeait par raison, mais sans profit. Les nuits étaient mauvaises ; le matin, un léger sommeil réparateur était troublé par une sueur profuse ; il perdait du poids tous les jours, et ses traits s'altéraient visiblement.

Confident de ses pensées secrètes, j'étais effrayé de cet épuisement nerveux ; le repos, l'oubli, eussent, j'en suis convaincu, sauvé cette vaillante nature sur le penchant de la ruine, mais il portait seul le poids des affaires, et il était inopportun de lui conseiller le repos.

Je lui fis prendre de la viande en poudre à haute dose ; les selles devinrent odorantes, et l'on y rencontrait au microscope des fibres striées. Je pensais que le lait serait mieux assimilé ; il n'en fut rien. J'engageai alors M. M..., à prendre, un quart d'heure avant chaque repas, deux cuillerées à bouche de peptone Defresne, dans un peu de bouillon ou d'eau tiède et salée. Après quinze jours de ce régime, l'alimentation ordinaire n'était encore qu'imparfaitement utilisée : mais la peptone commençait à relever les forces ; l'accablement intellectuel perdait de son intensité, et les sueurs nocturnes devenaient moins fréquentes.

Bientôt le goût se réveilla, les aliments furent mieux utilisés ; le sentiment de fatigue infinie disparut. M. M..., puisait une force nouvelle dans la vue de ses enfants. Il continua la peptone Defresne pendant une année, et reprit un peu d'embonpoint.

Sur ces entrefaites, il gagna son procès ; cette heureuse issue compléta la cure commencée avec la peptone Defresne. L'esprit reste encore assombri par un souvenir pénible, mais le travail est redevenu aisé et fécond.

Dans cette observation, la peptone a fait ce que l'on ne pouvait plus espérer d'un régime alimentaire quelconque.

NOUVEAU JOURNAL. — Nous recevons l premier numero de la e série du *The therapeutic gazette*, revue mensuelle, paraissan a Philadelphie.

BIBLIOGRAPHIE

Traité de gynécologie opératoire de Hegar et Kaltenbach, Traduit par le Dr P. BAR, accoucheur des hôpitaux. 1 fort vol. in-8 de 670 p. avec figures. — Chez Steinheil. Paris, 1885.

Tous ceux qui avaient eu l'occasion de lire le Traité de Gynécologie opératoire d'Hegar et Kaltenbach désiraient vivement voir traduire en français cet ouvrage si important. En dehors du traité élémentaire de chirurgie gynécologique du Dr Leblond, livre intéressant par l'effort qu'il tentait et par sa clarté, mais élémentaire comme son nom l'indique, aucun ouvrage analogue n'existait en France. M. le Dr Bar, un des accoucheurs les plus distingués des hôpitaux et du plus grand avenir a compris le service qu'il pouvait rendre à ses compotriotes ; il s'est mis courageusement à l'œuvre et, sans se laisser rebuter par le travail si souvent ingrat qui incombe au traducteur, il a mené sa tâche à bonne fin.

L'étude du diagnostic en gynécologie, la petite chirurgie et les opérations élémentaires, les opérations sur les ovaires (ovariotomie, castration, etc.), les opérations sur l'utérus (extirpation totale, extirpation partielle, énucléation des tumeurs, ablation des polypes, raclage, amputation et discission du col, etc.), les opérations sur les ligaments larges, les ligaments ronds, le vagin et le rectum, les opérations pour les fistules urinaires, le traitement des déchirures, du périnée, tels sont les principaux sujets qui sont successivement exposés.

Un ouvrage aussi considérable ne saurait être analysé complètement; on ne peut qu'indiquer l'esprit général dans lequel il est conçu et appeler l'attention sur quelques points particuliers. Le traité d'Hegar et Kaltenbach est remarquable théoriquement et pratiquement : théoriquement, car il est au courant des travaux publiés jusqu'au moment où il a paru ; on en trouve l'analyse, soit dans le texte, soit dans des notes, suivant qu'ils ont une valeur capitale ou secondaire : les indications bibliographiques permettent au lecteur de se reporter aux mémoires originaux ; pratiquement, ce traité n'est pas moins intéressant, car le grand nombre d'opérations que les auteurs ont faites depuis un certain nombre d'années leur permet de juger, en connaissance de cause, les divers procédés et les différentes méthodes.

La lecture des chapitres consacrés au diagnostic en gynécologie intéressera vivement tous les médecins, c'est un exposé général des principaux modes d'examen dans lequel on recueille à chaque pas d'utiles données; les auteurs insistent tout particulièrement sur l'exploration combinée qui, pratiquée de différentes façons, se répand de plus en plus dans la pratique obstétricale et gynécologique. Cependant, il faut savoir être prudent ; à propos d'une méthode qui fit beaucoup de bruit, lors de son apparition, la méthode de Simon, les auteurs disent:

« Nous avons complètement abandonné, après l'avoir expérimenté, le toucher rectal par la méthode de Simon. Il n'est pas sans danger, bien que ce dernier ne soit pas excessif, si on agit avec grand soin et grande précaution. Mais la véritable objection que l'on peut faire à ce procédé, c'est qu'il ne donne pas de résultats meilleurs ou même qu'il donne des résultats moins bons que la méthode dans laquelle on emploie seulement un ou deux doigts » (p. 44).

La même prudence sera observée pour le toucher vésical :

« On n'est pas à l'abri d'une incontinence d'une certaine durée, lorsqu'on explore la vessie avec l'indicateur et les médecins, dont le doigt mesure plus de 6 centimètres de circonférence, exposent leurs malades à des dangers très manifestes. Il faut donc réserver l'usage de cette méthode d'investigation pour les cas dans lesquels on s'est adressé en vain à tous les autres moyens et où il ne reste plus que ce procédé pour permettre d'établir un diagnostic exact » (p. 45).

On ne saurait non plus recommander trop de précautions lorsque le cathétérisme vésical doit être pratiqué :

« Dans tout examen de la vessie, même s'il s'agit d'un simple cathéterisme, il faut avant tout (et notre recommandation s'appuie sur une longue et souvent triste expérience), veiller strictement à n'introduire dans ce réservoir ni air, ni matières septiques. Il semble qu'il n'y ait pas de liquide mieux fait pour favoriser le développement des germes que l'urine mêlée à du sang, a du sérum, etc... » (p. 49).

Hegar et Kaltenbach conseillent de désinfecter avec soin l'instrument dont on doit se servir, sonde métallique ou sonde en gomme ; ils indiquent aussi comment on devra procéder pour empêcher l'air lui-même et les germes qu'il entraîne de pénétrer par la sonde dans la cavité de la vessie. Ajoutons qu'aux instruments en métal ou en gomme, dont parlent les auteurs, on peut substituer avec avantage des sondes en verre, qui sont transparentes et des sondes en celluloïde ; comme elles peuvent être laissées à demeure, sans subir d'altération, dans les différentes solutions de sublimé, d'acide phénique, d'acide borique, etc., elles sont complètement aseptiques lorsqu'on en fait usage. Elles nous ont donné les meilleurs résultats et les cystites, parfois si graves chez les nouvelles accouchées, ont pour ainsi dire totalement disparu de nos services dans les hôpitaux.

Hegar et Kaltenbach se montrent fort réservés pour l'emploi de la sonde utérine : « Actuellement, disent-ils, on emploie peu la sonde utérine et généralement on n'y a recours en dernier ressort, alors qu'on a échoué avec toutes les autres méthodes » (p. 66). Que d'avortements, que de pelvipéritonites et de phlegmons périutérins ont été causés par l'usage intempestif de l'hystéromètre, surtout quand on avait oublié de prendre des précautions antiseptiques. L'exploration de la cavité utérine et le traitement intra-utérin sont cependant nécessaires dans certains cas déterminés ; on doit alors dilater la cavité cervicale. Hegar a fait construire dans ce but des bougies, en gomme durcie, cylindriques qu'un mémoire publié en français, par un jeune médecin russe, le Dr Tchudowsky avait fait connaître chez nous il y a quelques années :

« Les avantages de cette pratique disent les auteurs, sont évidents. La dilatation complète se faisant bien plus rapidement qu'avec l'éponge ou les autres moyens, est bien plus agréable pour le médecin, mais surtout pour le malade. La méthode antiseptique peut être appliquée dans toute sa rigueur ; la gomme durcie qui est lisse ne présente pas les inconvénients des dilatateurs susceptibles de changer de volume. La petite durée de l'opération diminue beaucoup les dangers d'infection. Depuis l'emploi de cette méthode nous avons complètement abandonné les autres dilatateurs. » (p. 75).

Nous appelons l'attention sur les chapitres dans lesquels sont décrits les sutures, l'hémostase, les instruments, l'isolement des malades, les précautions minutieuses qui doivent être prises par l'opérateur et ses assistants. On y verra que, si les auteurs ont obtenu dans leur pratique opératoire de brillants résultats, ils les attribuent aux efforts incessants qu'ils font pour éviter toute cause de septicémie. Que de difficultés, en effet, pour empêcher avec certitude la pénétration de l'air et des germes ! C'est pour cela peut-être que le drainage abdominal ou vaginal a tant de peine à obtenir droit de cité. Lequel doit-on préférer ? On ne sait, car la dernière phrase des auteurs est ainsi formulée : « Ajoutons enfin que nous ne possédons pas aujourd'hui de documents assez nombreux pour porter un jugement définitif sur la valeur comparative de ces deux méthodes ». (p. 223.) Si le drainage a l'avantage de permettre l'écoulement des liquides accumulés dans la cavité péritonale, il offre en revanche un certain nombre d'inconvénients, Il permet la pénétration de l'air et des germes.

Il est une question toute récente, dont l'exposé attire naturellement le lecteur dans un livre écrit par Hegar, c'est celle de la castration. Les résultats qu'il rapporte ne sont pas pris en bloc, excessivement encourageants. Sur 50 opérations, pratiquées par lui, il a eu 7 cas de mort (14 p. 100) et de plus une morbidité de 30 p. 100 : 76 cas, publiés par d'autres opérateurs ont donné 17 décès, c'est-à-dire une mortalité de 22, 37 p. 100. Quand on sait combien cette opération si simple en apparence, est parfois difficile : quand on pense aux affections si diverses, la plupart non mortelles par elles-mêmes pour lesquelles on était intervenu, quand on voit combien dans les cas où on opérait pour des troubles nerveux ou pour des douleurs persistantes, les résultats définitifs (lorsque les femmes n'ont pas succombé), ont été souvent nuls, on ne se déclare pas facilement partisan de cette opération. Je n'oublierai jamais, pour ma part, les sentiments de profonde tristesse que j'ai éprouvés à l'étranger, lorsque j'ai vu opérer sans motifs suffisants, des femmes qui succombaient ensuite très rapidement. On a beau invoquer les tâtonnements qui accompagnent les progrès scientifiques, et l'intérêt général, chacun des cas particuliers n'en est pas moins désastreux. Du reste, une réaction se fait : on a pu en juger récemment au Congrès de Copenhague (août 1884) quand, à propos d'une communication de Hegar sur la castration comme traitement des maladies nerveuses et psychiques, Kœberlé, Spencer Wells, Olshausen, Gusserow, Priestley, etc., ont pris la parole. Qu'on demande à l'un des hommes les plus compétents en pareille matière, à M. Charcot ce qu'il en pense. M. le professeur Tarnier, dans la remarquable préface qu'il a ajoutée à la traduction de M. Bar, nous donne du reste son opinion sous la forme d'une observation.

« D'autres faits démontrent encore qu'on ne saurait user de trop de prudence et de trop de réserve ; j'en donnerai un exemple. Une jeune femme, hystérique et paraplégique, ressentait de très vives douleurs dans les régions ovariques ; tout traitement médical restant inefficace, on lui conseille la castration ; elle consulta séparément deux chirurgiens, l'un français, l'autre américain, qui tous deux furent d'avis que l'opération était bien indiquée et se déclarèrent prêts à la pratiquer. On m'appela en consultation pour savoir si l'on devait faire choix du chirurgien français ou du chirurgien américain. Je conseillai tout simplement à la malade de surseoir à l'opération et de suivre un traitement hydrothérapique rigoureux. Heureusement mes conseils furent écoutés et cette jeune femme est aujourd'hui bien portante et en possession de ses deux ovaires » (p. XII).

Cependant il est des cas pour lesquels la castration méritera peut-être d'être conservée : ce sont ceux de fibromes utérins volumineux qui donnent lieu à des hémorrhagies que rien ne peut arrêter et qui compromettent sérieusement les jours de la malade. La castration amènerait souvent, d'après Hegar, la ménopause anticipée et la cessation des hémorrhagies. A la suite de 34 opérations, pratiquées dans les cas de fibromes, 8 femmes ont succombé (23,5 pour 100) et 21 ont guéri. La castration ne devrait donc être pratiquée, *qu'en dernier ressort*, au lieu et place de l'hystérectomie, qui donne des résultats beaucoup moins favorables. Un avenir prochain nous donnera certainement la solution de cette question.

Mais il faut savoir nous borner dans nos remarques ; il en est une cependant que nous tenons à faire en terminant et qui s'applique à l'éditeur. L'ouvrage allemand d'Hegar et Kaltenbach contient un très grand nombre de figures ; quand on les compare avec celles qui existent dans l'édition française, voici ce qu'on constate : 1° un certain nombre d'entre elles sont fidèlement reproduites : 2° beaucoup sont remplacées par d'autres figures qui n'ont rien coûté ou presque rien coûté à l'éditeur : 3° plusieurs font totalement défaut. En agissant ainsi, malgré le traducteur, l'éditeur n'a eu évidemment qu'un seul but, faire des économies. Il serait intéressant pour nous d'avoir la reproduction exacte des instruments dont Hegar et Kaltenbach font usage. Au lieu de cela, l'éditeur a fait représenter des instruments analogues, quelquefois même complètement différents : nous pourrions aussi croire que de l'autre côté du Rhin les opérateurs sont tributaires de quelques fabricants parisiens : le lecteur voudrait par exemple savoir comment sont faits les dilatateurs de Hegar, or les figures données par ce dernier sont remplacées par une petite gravure dans laquelle on ne reconnait qu'avec peine un de ses instruments. Il y a plus, des dessins représentant le manuel de certaines opérations sont remplacées par d'autres, qui en diffèrent beaucoup.

Quant à la suppression totale de certaines figures, toujours dans un but d'économie, elle se passe de commentaires.

Nous croyons devoir protester contre une semblable façon d'agir. Ce n'est pas la première fois qu'elle se produit, nous pourrions en citer d'autres exemples: elle n'est pas digne des éditeurs de livres scientifiques. Nous sommes convaincus que M. Steinheil, qui est jeune et très désireux de bien faire, ne suivra pas de semblables errements ; il a dû trouver le livre presque complètement imprimé ; mais, dans une seconde édition, il tiendra à nous donner toutes les figures originales.

Nous pensons, en effet, que le livre de Hegar et Kaltenbach arrivera bientôt à une seconde édition, nous le souhaitons du moins, car sa lecture est absolument indispensable à tous les médecins qui s'occupent de gynécologie. Ce qui ne contribue pas peu à la rendre attachante, c'est le style simple, aisé, très clair du traducteur. Rien de difficile comme une bonne traduction française d'un livre allemand; or, avec M. Bar, on ne sent jamais l'effort. Nous ne saurions trop le féliciter et le remercier en même temps d'avoir fait une œuvre aussi véritablement utile.

P. Budin.

Les épidémies de choléra à Astrakan, de 1823 à 1873; par H. Schzepotewa, médecin de l'hôpital militaire d'Astrakan.

Après des détails sur la topographie et les conditions hygiéniques de la province et de la ville d'Astrakan, l'auteur entre dans la relation des épidémies. C'est pendant l'hiver de 1822-1823 que le choléra fit sa première apparition aux frontières perso-russes ; le 10 septembre il était à Astrakan. Ses premières victimes furent des matelots, des ouvriers des ports, et des habitants de maisons bordant les cours d'eau. Cette épidémie ne dura dans la ville que quinze à vingt jours, et présenta ce trait remarquable, qu'elle conserva tout ce temps la même intensité et disparut tout à coup La mortalité en ville fut plus considérable que dans la province. La deuxième épidémie débuta en juillet 1830 ; elle fut extrêmement intense, et n'épargna aucune classe de la société ; 5856 morts sur 5912 cas. Les mouches, les moustiques avaient disparu, quoique la température fut très élevée. Suit la relation de onze épidémies, dont la dernière date de 1871. L'auteur termine par des remarques sur le cachet particulier de chaque épidémie, l'influence non constante des conditions hygiéniques des cantons et des individus, de la température élevée, des agglomérations d'hommes au point de vue du développement et de l'intensité du choléra: enfin, sur l'époque d'apparition de l'épidémie : juillet, mai, septembre, mais jamais au cœur de l'hiver.

Diseases of the heart and thoracic aorta (Maladie du cœur et de l'aorte thoracique); par Byrom Bramwell. — Edinbourg, 1884. — Young J. Pentland.

Cet ouvrage, imprimé sur beau papier, relié et orné de 317 figures, annonce à première vue un auteur des plus consciencieux. Le premier chapitre est consacré à l'anatomie et à la physiologie du cœur: cette étude préliminaire est sobre de détails et bien proportionnée avec les autres parties du livre. Vient ensuite l'exposé de la pathologie générale du cœur: les maladies du cœur sont divisées en *fonctionnelles* et *organiques*; les premières sont dues à des désordres dans l'innervation du cœur, quel qu'en soit le point de départ (cerveau, moelle, sympathique). Quant aux affections organiques, elles ont une anatomie pathologique qui les éclaire et qui rend leur étude beaucoup plus facile. Nous n'insisterons pas davantage sur cette classification pas plus que sur la technique de l'examen du cœur en clinique et sur la séméiologie.

L'auteur décrit avec le plus grand soin toutes les maladies du péricarde, de l'endocarde et du myocarde: souvent ses descriptions sont appuyées de figures, de dessins histologiques et de diagrammes qui rendent la lecture facile et attrayante. Toutes ces illustrations sont exécutées avec une habilité qui fait honneur aux éditeurs d'Edimbourg.

M. Byrom Bramwell ne se pique pas d'érudition et fait peu de place à la littérature étrangère. L'historique des questions les plus importantes de la pathologie cardiaque n'a pas l'air de l'intéresser beaucoup ; il cite quelques auteurs anglais contemporains, et c'est tout. Nous persistons à croire que ce n'est pas assez et qu'une simple mention était bien due aux hommes qui ont laissé une empreinte originale sur le terrain si brillamment parcouru par le savant médecin écossais. Ce n'est pas seulement une question de justice; il nous semble que l'absence de certains noms français et allemands constitue une lacune dans l'œuvre remarquable à d'autres titres de M. Byrom Bramwell.

J. Comby.

De la chaleur animale, éléments et mécanisme, etc. ; par M. de Robert de Latour (1).

Cet ouvrage, qui est le fruit de longues et laborieuses études, a conduit l'auteur à une doctrine de la chaleur animale, d'où découlent, selon lui, d'importantes applications pratiques. A ce point de vue, je signalerai l'emploi des enduits imperméables contre l'inflammation. Cette médication, quelque jugement qu'on porte, d'ailleurs, sur la doctrine, constitue une arme puissante, ayant fait ses preuves, depuis longues années, entre les mains de nombreux médecins. Pour mon compte, je retire chaque jour de l'emploi du collodion élastique, dans les phlegmasies chirurgicales, des avantages non douteux. L. Labbé

VARIA

Statuts de l'hôpital Elisabeth à Buda-Pesth (2).

I. *Direction.* Le but principal de l'association de la Croix Rouge, dans le royaume de Hongrie, est de former de bonnes infirmières pour le cas de guerre : l'hôpital a été fondé pour obtenir ce résultat. En temps de paix il y a place pour 120 malades seulement : le bâtiment dans son entier n'est utilisé qu'en cas de guerre. La direction de l'association de la Croix Rouge constitue la direction suprême : sous ses ordres sont placés des médecins instruits.

En temps de paix il y a 2 sections de chirurgie, une de maladies internes, une de gynécologie et une d'oculistique ; chacune d'elles est dirigée par un médecin. Il y a aussi un prosecteur. Le directeur, l'économe, le secrétaire et le personnel complètent l'ensemble.

La *directrice* des infirmières dirige les infirmières et le ménage.

II. *Directeur de l'hôpital.* Il représente l'hôpital auprès de la direction de l'association de la Croix Rouge et des autorités de la ville. Il doit tous les jours se trouver à certaines heures à l'hôpital pour recevoir les rapports médicaux, de l'économe ou de la directrice des infirmières. Il élabore les rapports mensuels et annuels. Il doit au moins une fois par mois avoir une conférence avec les médecins (chefs de service, *primar-aertzte*), il surveille le service médical, peut donner jusqu'à 3 jours de congé et s'occupe du remplacement des chefs de service: il assiste aussi aux examens des infirmières.

III. *Chefs de service.* Il dirige, seul et indépendant, le service médical et n'est responsable que vis-à-vis des ordonnances sanitaires émanant des autorités (de la ville ?). Il prend aussi part à l'éducation des infirmières. Il doit venir chaque jour dans son service, en cas d'urgence plusieurs fois par jour. Il surveille la distribution des aliments et médicaments. Il peut après la visite, si possible sans frais, donner des consultations aux malades du dehors. Le chef est le maître dans son service, il édicte des peines disciplinaires pour les malades et le personnel. Il doit indiquer au directeur les malades qui sont, d'après les lois, inscrits par ordre de la police ou de la justice, ainsi que les cas de mort violente ou subite. Le chef n'a pas de traitement en temps de paix, sauf une indemnité de voiture.

IV. *Médecins en second.* Ils sont au nombre de 3, qui se partagent avec les médecins externes le service clinique et adminis-

(1) Extrait du *Bulletin de l'Académie* de médecine, séance du 10 février.

(2) Extrait de la *Pester medicinisch-chirurgische Presse*, nos 5, 6, 7.

tratif. Un prosecteur donne un cachet scientifique à l'hôpital: chaque mort dans l'hôpital est soumis à l'autopsie : il n'y a qu'en cas d'objections sérieuses de la famille ou autres que le directeur peut permettre de ne pas la faire.

V. *Médecins consultants.* Les malades de 1re et 2e classe peuvent, en dehors des médecins de l'hôpital, choisir des médecins dans les conseillers sanitaires de l'association : ces derniers doivent s'en tenir aux statuts applicables aux chefs de service. Si un chef de service veut une consultation pour un malade de 3e classe, il peut demander un conseiller sanitaire ou un chef de service. Dans ce cas le médecin n'a pas droit à des honoraires pour la consultation. Si cependant le malade de 3e classe demande la consultation, il doit payer 10 florins d'honoraires, qui sont placés dans le fonds de pension pour les infirmières.

VI. La directrice dirige la maison, et surveille tout le personnel féminin avec l'économe ; elle dirige la cuisine, la lingerie, la buanderie, etc. L'économe et le secrétaire s'occupent des questions administratives, de l'admission des malades et de la dépense.

VII On reçoit des élèves dans le but d'en faire des infirmières patentées. Les cours sont semestriels ; il peut s'y présenter aussi des volontaires autant que les circonstances le permettent. Le directeur et la directrice permettent que les besoins religieux des infirmières, soient respectés, dans le cas où le service n'en souffre pas. Les visites aux infirmières ne peuvent se faire qu'à des heures déterminées et dans un local destiné à cet usage : il faut une permission de la supérieure pour sortir de l'établissement : et il est défendu de découcher. Chaque infirmière a 2 fois par semaine une après-midi de sortie, et une autre demi-journée de repos, pendant laquelle elle ne peut pas quitter l'établissement.

VIII. *Infirmières congréganistes.* La congrégation de Saint-Vincent-de-Paul de Szathmar s'est déclarée prête à aider, en temps de guerre, à soigner des soldats malades ou blessés. L'association de la Croix Rouge a autorisé l'éducation des sœurs dans l'hôpital, pour qu'elles puissent remplir le rôle d'infirmières. Dans ce but, 5 locaux séparés ont été donnés aux sœurs dans le bâtiment d'admission ; elles y peuvent vivre selon les règles de l'ordre. Les sœurs sont au nombre de 12 ; en outre, 8 sœurs sont occupées dans 2 pavillons au service des malades. Pour tout le reste, les statuts s'appliquent aussi aux sœurs, elles doivent obéir aux autorités de l'hopital en ce qui concerne les soins aux malades et l'exécution de leur tâche. Pour arriver à éduquer le plus grand nombre de sœurs possible, il est désirable qu'une sœur ne reste jamais plus de 2 ans à l'hôpital. En cas de guerre, les sœurs établies dans l'hôpital auront à soigner, outre les malades des deux pavillons, ceux de 3 baraques ; pour 250 malades, il leur sera adjoint une dame charitable. Chaque infirmière doit faire tout ce qui concerne les soins à donner aux malades, et tenir les locaux propres. Les travaux pénibles sont faits par les domestiques mâles.

IX. *Admission des malades.* Tout malade est reçu sans distinction de religion ou de nationalité, s'il est atteint d'une affection curable aiguë ou chronique, à l'exception des maladies infectieuses et mentales. On doit recevoir plus de cas de chirurgie que de médecine, et plus d'hommes que de femmes. Dans le pavillon de chirurgie il y a 28 lits d'hommes, 12 de femmes : dans le pavillon de pathologie interne il y a 8 lits de gynécologie, 6 d'oculistique et le tiers des lits restants pour des femmes.

L'hôpital n'est pas forcé de recevoir un malade. Le directeur peut renvoyer le malade, lorsqu'à l'entrée la maladie n'a pas été diagnosticable, ou que plus tard on voit que le malade rentre dans la catégorie de ceux qui ne doivent pas être reçus, si la chose n'est pas possible sans nuire au malade, on le place dans le pavillon des maladies infectieuses.

Il y a trois classes ; 1re classe : on paye 6 florins par jour (chambre séparée, chauffage et éclairage, soins et nourriture) ; 2e classe, 3 florins, à 2 ou 3 par chambrée. Les malades de ces deux classes peuvent librement choisir leur médecin dans ceux de l'hôpital ou dans le conseil sanitaire de l'association. Les honoraires sont fixés par un accord entre le malade et le médecin.

Dans certains cas, la direction de l'association a le droit de faire recevoir gratis des malades en 2e classe : il y a pour cela 2 lits par pavillon. Les malades de 3e classe payent en tout 1 fl. 50. Les malades de 1re et 2e classe reçoivent gratis tous les médicaments de la pharmacopée hongroise ; les autres médicaments sont payés à part. Il en est de même pour les appareils de chirurgie que les malades doivent éventuellement porter après leur sortie de l'hôpital.

Il faut payer un mois d'avance à l'entrée : on rend à la sortie l'argent payé en trop. Les fondateurs de lits ont le droit de recommander à l'admission à la 3e classe des malades, qui ne payent que la moitié. Il y a 8 places de ce genre. Il y a en outre 4 places d'indigents, que le municipal de Budapest a à sa disposition.

Chaque malade reçoit un lit remis à neuf ; la 3e classe porte exclusivement des habits d'hôpital. Ceux de 1re et 2e classe peuvent apporter leur literie, mais alors doivent se charger de la propreté et du blanchissage. Il est défendu : de fumer dans les salles et annexes, ou de jouer de l'argent, d'apporter des aliments du dehors sans permission du médecin, et de se faire entre malades des visites d'une salle à l'autre. Chaque malade prend un bain à l'entrée, sauf contre-ordre du médecin ; dans ce cas, il est savonné à l'eau tiède. Les infirmières dirigent ce service, les malades graves sont mis dans la baignoire par les garçons de salle sous la surveillance des infirmières. Le directeur décide si les cadavres sont exposés en cercueil ouvert ou fermé, on ne peut voir les cadavres qu'en présence de l'économe ou du secrétaire. L'adjoint du service interne constate les décès.

Les médicaments sont pris dans une pharmacie de la ville, qui a passé un contrat avec l'hôpital : pour les cas urgents il y a une pharmacie de l'hôpital gérée par un médecin en second.

Cas de guerre. Ordre est donné de préparer l'hôpital en vue de recevoir 800 soldats malades ou blessés. Le directeur ne peut plus alors recevoir de malades civils, et renvoie plus tôt les convalescents. On accumule peu à peu les autres malades dans un seul bâtiment ; au bout de 20 jours la moitié, et au bout de 30 jours l'hôpital entier est mis à la disposition du service médical militaire. L'économe évacue les 5 baraques en 3 jours et fait construire les 5 baraques qui manquent. A partir du jour où l'ordre a été donné, il faut qu'en 12 jours les baraques déjà existantes puissent être prêtes à recevoir 340 malades. Pendant ce temps on construit les 5 baraques intérimaires, au bout de 30 jours elles doivent être prêtes ainsi que la cuisine de campagne. Le 20e jour l'hôpital offre 1 pavillon d'officier et 1 pavillon de 40 lits, en tout 60 lits, le 40e jour, les baraques intérimaires avec 340 lits : cela fait en tout 800 places. En cas de guerre il y a un directeur, 4 chefs de service (à 8 florins par jour), 4 médecins en second (à 5 fl.), 14 assistants (à 3 fl.) ; ils portent l'uniforme. Le président et le vice-président du conseil sanitaire sont proposés au grade de médecin principal d'état-major, et donnent leurs conseils en vue du fonctionnement de l'hôpital.

Les infirmières et les sœurs donnent leurs soins : elles sont aidées à la cuisine et à la buanderie par un personnel *ad hoc*. *Item* pour les garçons de salle. Les dons d'aliments ou cigares doivent être faits à la direction : les dons à destination spéciale seront distribués par la supérieure ou l'économe.

Pour instruire la section féminine de l'association de la C. R. il y a chaque hiver des cours publics sur les premiers soins à donner aux blessés et malades ; à ceux-ci s'ajoutera plus tard un cours de *cuisine hospitalière*, de blanchissage et de préparation de pièces à pansement. Chaque été aux grandes manœuvres, les femmes de sous-officiers de réserve et de honvéd's qui le désirent seront instruites de la même façon.

Infirmières laïques. — Elle doivent choisir leur profession librement, avoir de la moralité et être âgées de 20 à 40 ans. Elles adjoignent à leur demande : *a*) leurs papiers ; *b*) pour les mineures ou mariées la permission des parents, du tuteur ou du mari ; c) un certificat de bonnes mœurs ; *d*) une attestation qu'elles savent lire et écrire ; e) un certificat des autorités donnant des détails sur la famille et les occupations de la postulante ; *f*) un certificat de bonne santé et de vaccine. On examine à l'entrée leur degré d'intelligence et leur état de santé, puis elles entrent comme élèves pendant un mois à titre d'épreuve. Au bout de ce mois elles sont infirmières auxiliaires : elles s'astreignent : a) sur la demande de la direction de l'association, à rester en outre du cours de 6 mois, pendant 2 ans comme infirmières à l'épreuve, au service de l'association ; *b*) à se soumettre aux statuts ; *c*) à rembourser à l'association les frais éventuels en cas de sortie ou démission. 2 fois par an on reçoit les élèves, le 1er janvier et le 1er juillet ; par exception, en dehors de ces 2 dates sur présentation du directeur de l'hôpital. Il y a 3 classes d'infirmières ; a) auxiliaires ; *b*) à l'épreuve ; c) définitives. Toutes reçoivent leur éducation théorique et pratique à l'hôpital Elisabeth. Toute infirmière à l'épreuve, qui a fait ses 2 ans et passe avec très bien l'examen de sortie, reçoit un *diplôme* d'infirmière de la C. R., et s'engage à rester encore 3 ans au service de l'association.

On peut louer les infirmières à des autorités ou à des hôpitaux : elles forment aussi des groupes de 5, sous la direction d'une infirmière chef. Ces groupes sont sévèrement controlés par l'association, soignent les malades à domicile et sont organisés militairement. Si un malade désire une infirmière, il doit lui-même, ou mieux encore son médecin traitant, s'adresser à la direction de l'association ou à la directrice du groupe ; l'infirmière est alors envoyée par elle et accompagnée jusqu'au domicile du malade.

a) Chaque infirmière doit soigner son malade avec tout le dévouement possible et se tenir aux prescriptions médicales ; *b*) le malade doit nourrir convenablement l'infirmière ; pour le service de nuit, il doit donner des toniques et fortifiants ; c) il ne faut pas utiliser les infirmières pour autre chose ou les considérer comme des domestiques : il faut donc, si elles ne mangent pas avec la famille les servir à part ; *d*) l'infirmière doit avoir une certaine autorité sur

le malade; e) si l'infirmière a veillé une nuit elle a droit à 4 ou 5 heures de repos, dans un local séparé si possible; f) une infirmière ne doit pas veiller plus de 2 nuits de suite; g) si une veille de plus de 2 nuits semble nécessaire, il faut prendre 2 infirmières se relayant l'une l'autre; h) l'infirmière doit chaque jour pendant une heure respirer l'air pur et marcher, sauf urgence absolue; i) les dimanches et fêtes, l'infirmière a le droit de faire ses devoirs religieux, sauf le cas de danger de mort ou d'abandon du malade laissé seul; j) au bout d'un mois l'infirmière peut demander son remplacement. S'il y a aggravation de la maladie, elle doit faire de suite appeler le médecin: si c'est impossible, ou si la maladie s'aggrave et fait craindre une mort prochaine, l'infirmière doit prévenir la famille pour que le malade puisse recevoir les secours de sa religion.

Médecins auxilaires.

Tous les étudiants en médecine qui ont passé l'examen de médecin-auxiliaire, doivent songer à se procurer leur lettre de nomination dès qu'ils arrivent à l'année où ils peuvent être appelés à faire leurs « 28 jours ». Pour cela il faut écrire au Ministre de la guerre à l'adresse suivante (*Ministère de la guerre, bureau des hôpitaux*), pour demander cette lettre, en ayant soin de donner une adresse exacte et pour une assez longue periode. Nous tenons, en effet, d'une source certaine que la plupart de ces lettres n'ont pu être remises parce que les titulaires avaient changé plusieurs fois d'adresse. Dès qu'ils sont munis de cette lettre ils ne peuvent plus être appelés sous les drapeaux qu'avec leur grade; article 10 du règlement du 22 juillet 1883. Service de santé. Cette lettre seule les met à même de faire annuler ou rectifier toute convocation à un autre titre.

N. B. Les médecins-auxiliaires ne seront appelés à l'activité qu'en très petit nombre.

Médecins aides-majors de réserve. — Tous les docteurs en médecine, qui sont par leur âge à la disposition du Ministre de la guerre, sont aides-majors de réserve; et au titre près tout ce qui est indiqué ci-dessus leur est applicable.

L'Exposition du travail.

L'exposition du travail, qui aura lieu prochainement au Palais de l'Industrie à Paris, se propose de constituer une des plus intéressantes expositions industrielles de notre époque.

Le caractère d'éducation professionnelle, l'opportunité et l'utilité de cette œuvre, lui ont valu le sympathique patronage de Messieurs les Ministres du Commerce, de l'Instruction publique, des Travaux publics. Nombre de membres du Parlement, de notabilités commerciales ou scientifiques, de Chambres syndicales, ont voulu donner l'appui de leur nom ou de leur participation à cette grande manifestation, la dernière de ce genre qui se célèbrera avant 1889.

Toutes les sections y auront leur attrait spécial; toutefois, la branche de l'hygiène, sur laquelle les préoccupations générales sont fixées en ce moment, semble devoir acquérir une importance exceptionnelle. Les progrès scientifiques, les nouveaux procédés dont elle bénéficie ont besoin de s'affirmer devant le public, devant les hommes du métier. Ces raisons ont fait prendre à la Direction la détermination de réserver à l'Hygiène un emplacement considérable et de constituer particulièrement pour cette classe un Comité de patronage dont la haute compétence ne saurait être discutée. En voici la composition: Président: M. Paul Bert, député, membre de l'Institut. — Membres: M. le Dr de Saint-Germain, chirurgien de l'hôpital des Enfants malades; M. le Dr Passant, membre fondateur de la Société française d'hygiène, membre du *Sanitary-Institut* de la Grande-Bretagne; M. le Dr Bertherand, membre correspondant de l'Académie de médecine: M. Ferrand, rédacteur de l'*Union pharmaceutique*; M. Champigny, pharmacien: M. Chevrier, pharmacien; M. Limousin, pharmacien; M. Subert (Maison Dubocs), fabricant de produits chimiques; M. Coutela, droguiste; M. H. Galante, fabricant d'instruments de chirurgie; M. Joulie, pharmacien de la *Maison Dubois*, fabricant de produits chimiques agricoles.

M. Louis Bourne, directeur du journal « *Le Travail* » RUE DE PROVENCE, 2, a été nommé COMMISSAIRE chargé de l'installation de la classe, et c'est à lui que nous engageons nos lecteurs à s'adresser pour les demandes d'admission et pour tous renseignements.

Thèses soutenues à la Faculté de Medecine.

Lundi 9. — M. Suchard. Recherches sur la structure des corpuscules nerveux terminaux de la conjonctive et des organes génitaux. — M. Babinski. Etude anatomique et clinique sur la sclérose en plaques. — *Mercredi* 11. — M. Jannot. Opérations chirurgicales chez les syphilitiques. — M. Antoine. Etude clinique des indications de l'opération de Letiévant (Estlander). — M. Pedrono. Des lésions oculaires dans le goitre exophthalmique. — *Vendredi* 13. — M. Lanteirès. Essai descriptif sur les troubles psychopathiques avec lucidité d'esprit. — M. Loisel. Du traitement des fièvres paludéennes à Sainte-Marie-de-Madagascar. — *Samedi* 14. — M. Ahmed Fahmy. Contribution à l'étude du dragonneau observé chez les nubiens des régiments nègres du Caire. — M. Rouillard. Essai sur les amnésies, principalement au point de vue étiologique. — M. Lian. Des troubles de la nutrition dans la paralysie générale des aliénés. — M. Charrin. Une septicémie expérimentale.

Enseignement médical libre.

Clinique des maladies des femmes à l'Hôtel-Dieu. — M. GALLARD, médecin à l'Hotel-Dieu, reprendra ses *leçons de cliniques des maladies des femmes*, le mardi 17 mars 1885. *Tous les jours* exercices cliniques, salle Sainte-Marie. *Le jeudi.* Consultation avec examen au spéculum. *Le mardi* et *le samedi.* Leçons dans l'amphithéâtre Desault.

Cours d'accouchements et de manœuvres. — M. le Dr VERRIER, préparateur des cours d'accouchements à la Faculté de médecine, recommencera son cours le lundi 16 mars prochain à 5 h. 1/2 à son amphithéâtre, 6, rue du Pont-de-Lodi. Il le continuera tous les jours, le jeudi excepté, à la même heure.

Le cours sera terminé pour le 1er mai, On s'inscrit chez M. Perrier, 129, rue Saint-Honoré.

FORMULES

3. Confusion pharmaceutique; le précipité jaune.

Nous avons rencontré plusieurs fois, dans la pratique de la pharmacie, des prescriptions ainsi conçues;

Pommade au *précipité jaune*..., (telle quantité).

Il y a là ambiguïté et il importerait, dans l'intérêt du malade, de bien spécifier ce que l'on entend par *précipité jaune.* On est porté à croire, par analogie, que le précipité jaune est le composé chimique de cette couleur, isomère du précipité rouge ou deutoxyde de mercure et obtenu en précipitant par la potasse les sels de mercure au maximum.

Cet oxyde jaune, qui jouit d'affinités chimiques beaucoup plus grandes que celles de son isomère, est peut-être aussi plus actif au point de vue thérapeutique; nous l'ignorons, mais nous avons vu des médecins insister à ce sujet et préférer l'oxyde jaune dans la formule des pommades ophtalmiques. Nous avons vainement cherché, dans les formulaires pharmaceutiques, le nom de *précipité jaune* se rapportant à cet oxyde; nous avons trouvé, au contraire, parmi les noms vulgaires du *sulfate trimercurique* ou *turbith minéral*, celui de *précipité jaune.*

On sait que ce dernier composé entre à des doses assez élevées dans les pommades antiherpétiques.

Si donc nous ne nous étions pas informé de l'usage de cette préparation, le malade était sans doute exposé à de graves dangers en appliquant sur l'œil un sel aussi actif et aussi peu dans son rôle, en cette circonstance, que le turbith.

Nous avons cru utile de mentionner ce fait, afin de montrer quel intérêt on a toujours à laisser de coté ces vieux noms de précipités jaune, rouge, vert, qui ne signifient rien ou presque rien, tandis qu'il est si simple d'adopter le nom chimique véritable. R.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 22 février au samedi 28 février 1885, les naissances ont été au nombre de 1224 se décomposant ainsi: *Sexe masculin*: légitimes, 475; illégitimes, 178. Total, 653. — *Sexe féminin*: légitimes, 421; illégitimes, 170. Total, 571.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881, 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 22 février au samedi 28 février 1885, les décès ont été au nombre de 1149: savoir: 572 hommes et 577 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes: Choléra: M. . F. .. T. . — Fièvre typhoïde: M. 13. F. 8. T. 21. — Variole: M. 2. F. 2. T. 4. — Rougeole: M. 14, F. 21, T. 35. — Scarlatine: M. 1, F. ., T. 1. — Coqueluche: M. 1. F. 1. T. 2. — Diphthérie, Croup. M. 17, F. 24, T. 41. — Dyssenterie: M. .. F. ., T. .. — Erysipèle: M. 4, F. 2, T. 6 — Infections puerpérales: 4. — Autres affections épidémiques: M. ., F. ., T. .. — Méningite tuberculeuse et aiguë: M. 20, F. 30, T. 50. — Phthisie pulmonaire: M. 103, F. 87 T. 190. — Autres tuberculoses: M. 28, F. 13. T. 41. — Autres affections générales: M. 31, F. 41. T. 72. — Malformations et débilité des âges extrêmes: M. 21, F. 40. T. 61 — Bronchite aiguë: M. 24, F. 22, T. 51. — Pneumonie: M. 43, F. 61, T 104. — Athrepsie: M. 50. F. 42 T. 92. — Autres maladies des divers appareils: M. 160, F. 175, T. 335. — Après traumatisme: M. ., F. ., T. .. — Morts violentes: M. 16, F. 9. T. 25. — Causes non classées M. 9, F. 5, T. 14.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 91 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 37 ; illégitimes, 14. Total : 51. — *Sexe féminin :* légitimes, 27 ; illégitimes, 13. Total : 40.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (année scolaire 1884-85), — *Démonstrations pratiques de physiologie* sous la direction de M. le Dr LABORDE, chef des travaux pratiques de physiologie. Les démonstrations pratiques de physiologie commenceront le 17 mars 1885, sous la direction de M. le Dr Laborde, chef des travaux de physiologie. Elles auront lieu dans les dépendances de l'ancien collège Rollin, rue Vauquelin, les mardis, jeudis à 1 heure et demie de l'après-midi. Les élèves de 2e et de 3e années (*Doctorat et Officiat* : ancien et nouveau régimes) sont obligés d'assister à ces démonstrations. Nul élève de l'une ou l'autre de ces deux années ne pourra prendre l'inscription de juillet s'il ne produit un certificat d'assiduité délivré par M. le chef des travaux. (Ces démonstrations sont facultatives pour les étudiants qui ont 16 inscriptions ; les Drs français et étrangers peuvent également être autorisés à y prendre part). Condition d'admission : 1° Les élèves de 2e et 3e années (*Doctorat et Officiat*), sont admis en présentant la quittance détachée du registre à souche attestant le paiement des droits réglementaires, correspondant à l'inscription de janvier 1885. 2° Les élèves justifiant de 16 inscriptions, les Drs français et étrangers qui désireraient assister aux démonstrations pratiques de physiologie, ne pourront être admis sans une autorisation du Doyen. A cet effet, ils déposeront leur demande, du lundi 2 au jeudi 12 mars, au secrétariat de la Faculté, où il leur sera donné connaissance des formalités à remplir. Ceux d'entre eux, qui auraient déjà obtenu l'autorisation de prendre part aux travaux pratiques pendant la présente année scolaire, sont admis sur la présentation de la quittance à souche constatant le paiement des droits (40 fr.) ; 3° Les élèves indiqués dans les paragraphes 1 et 2 devront se faire inscrire au bureau du surveillant général (ancien collège Rollin), du 2 au 12 mars inclusivement, de midi à 4 heures.

2e *Semestre. — Travaux pratiques d'histologie*, sous la direction de M. CADIAT, chef des travaux. Le laboratoire des travaux pratiques d'histologie (Ecole pratique, 2, rue Vauquelin) sera ouvert, à partir du lundi 16 mars 1885, les lundi, mercredi et vendredi de chaque semaine, de 3 à 5 heures de l'après-midi. Les travaux pratiques d'histologie sont obligatoires, pendant le semestre d'été, pour tous les élèves de troisième année. (Les étudiants pour l'Officiat ne sont pas astreints à ces travaux). Obligation est imposée de se munir des instruments indiqués par M. le chef des travaux. Les inscriptions seront reçues de midi à 4 heures de l'après-midi au bureau du surveillant général de l'école pratique, du jeudi 5 mars au samedi 14 mars inclusivement, sur présentation de la quittance à souche constatant le versement des droits afférents à la dixième inscription. Une carte d'admission sera délivrée. MM. les étudiants de deuxième année sont prévenus que, dans le cas où ils négligeraient de se faire inscrire aux dates ci-dessus indiquées, les inscriptions ultérieures leur seront refusées.

LAICISATION DES HOPITAUX. — Par arrêté du 10 février le préfet de la Seine a décidé que l'hôpital des Tournelles prendrait le nom d'hôpital *Andral*, et que l'hôpital temporaire des mariniers prendrait celui d'hôpital *Broussais*.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE. (Prix à décerner en 1886). — *Prix Aubanel.* — Question proposée : « De la coexistence, chez un même malade, de délires d'origine différente (alcoolique, épileptique, paralytique, vésanique, etc.), au point de vue du diagnostic, du pronostic, du traitement et de la médecine légale. » Ce prix est de la valeur de 2,400 francs. — *Prix Belhomme.* — Ce prix, de la valeur de 1,200 francs, sera décerné au meilleur travail manuscrit relatif à *l'idiotie* et de préférence aux *lésions anatomiques des centres nerveux dans l'idiotie.* — *Prix Esquirol.* — Ce prix, de la valeur de 200 francs, les œuvres d'Esquirol, sera décerné au meilleur mémoire manuscrit sur un point de pathologie mentale. — *Prix Moreau* (de Tours). — Ce prix, de la valeur de 200 francs, sera décerné au meilleur mémoire manuscrit ou imprimé, ou bien à la meilleure des dissertations inaugurales soutenues dans les facultés de médecine de France, sur une question de pathologie mentale et nerveuse. — Les mémoires imprimés et les thèses devront avoir été publiés en 1885. — *Nota.* — Les mémoires manuscrits ou imprimés, ainsi que les thèses, devront être déposés, le 31 décembre 1885, chez M le Dr Ant. Ritti, médecin de la Maison nationale de Charenton, secrétaire-général de la Société. Les mémoires manuscrits seront accompagnés d'un pli cacheté avec devise, indiquant les noms et adresse des auteurs.

VIVISECTION (1). — Le ministre des cultes de Prusse, M. de Gossler, a toujours reconnu que la vivisection était nécessaire à l'avancement de la science médicale, il a toujours résisté aux protestations et pétitions des anti-vivisectionnistes. Il a cependant fait faire une enquête sur l'extension des pratiques vivisectives dans les Universités, ce qui lui a permis de constater que partout des principes humains et recommandables présidaient aux expériences sur des animaux. Pour obvier à des abus possibles, le ministre a jugé utile d'assurer une consécration aux règles en usage jusqu'à ce jour. Voici l'ordonnance :

1° Des expériences sur des animaux vivants ne doivent être faites que dans le but de recherches sérieuses ou dans un but d'enseignement sérieux. 2° Dans les cours, on ne fera de vivisections qu'au cas où elles sont nécessaires pour faire comprendre clairement la pensée du professeur. 3° Les préparatifs de l'opération seront dans la règle faits avant le commencement de la démonstration elle-même et en l'absence des auditeurs. 4° Les vivisections ne seront faites que par les professeurs ou *Privat docents* ou sous leur responsabilité. 6° Dans tous les cas où l'anesthésie n'est pas incompatible avec le but à atteindre par la vivisection, les animaux seront endormis complètement et pendant un certain laps de temps.

(1) *Wiener Medicin. Presse*, n° 7, p. 223.

LES HONORAIRES DES MÉDECINS EN AUTRICHE (1). « ... Il est vrai qu'il y a à Vienne un encombrement de médecins, qui dépasse de beaucoup celui des autres grandes villes. Comparé à Londres, le nombre des médecins est proportionnellement comme 10 est à 1. Londres en a 3000 pour 4 millions d'habitants, et Vienne près de 1500 pour 800,000 habitants. Il est donc compréhensible qu'à part quelques coryphées, dont l'un gagnerait jusqu'à 100,000 fl. par an, les autres ont tout lieu de désespérer. Il est vrai que notre ami, le Dr Péan à Paris, ainsi qu'il appert d'un article d'un journal médical parisien digne de foi, gagnerait de 600,000 à 700,000 francs par an. Il possède il est vrai des terrains, des pêcheries, etc., dignes d'un Rotschild. Spencer Wells, de son côté, rivalisa au Congrès de Copenhague avec le luxe d'une cour ; pour les 8 jours de présence dans la ville, il fit venir ses chevaux et équipages de Londres et dépensa 1200 florins par jour. Spencer Wells, il est vrai, qui fêta il y a 2 ans sa 1000e ovariotomie, a reçu entre 10,000 et 140,000 florins pour quelques-unes d'entre elles ! — Notre ami Kœberlé de Strasbourg reçut d'une princesse espagnole 500,000 francs d'honoraires et devint ainsi en une fois un richard. Après Spencer Wells, c'est, Kœberlé, qui a eu les meilleures réussites et a fait le plus d'opérations de ce genre. A Vienne, il n'y a guère espoir d'assister à un prompt changement dans l'état de chose actuel, même si la question des honoraires se trouvait résolue en faveur des médecins. Chaque nouvel arrivant combat avec la plus grande ardeur pour l'existence, il fait tort au voisin et cherche à lui ravir sa clientèle. En outre, les Samaritains, les Policliniciens et Ambulatoriens (*sic*), font jusqu'à 100,000 ordonnances par an ; beaucoup de gens à leur aise s'adressent à eux, et cette façon déplorable d'agir fait le plus grand tort aux médecins. Nous avons eu des batailles terribles à ce sujet et nous avons succombé. Si on finit par adopter l'institution de médecins communaux (*sic*), les collègues de province auront quelque espoir, on arrivera ainsi à placer par ordre des médecins dans les endroits perdus et en manquant ; il y aura alors une répartition plus égale des praticiens Espérons que l'an prochain amènera quelque amélioration !

PRIX DÉCERNÉ POUR LA PRÉVENTION DE LA CÉCITÉ. — La Société anglaise pour la prévention de la cécité avait offert un prix de 2,000 francs pour le meilleur essai sur les *causes de la cécité et les moyens de la prévenir.* Un jury international a été nommé pour juger les travaux présentés, au nombre de neuf. Le prix a été décerné à un mémoire allemand ayant pour auteur le Dr FUSCH. (*Journal d'oculistique*).

ASSISTANCE PUBLIQUE. — MM. les Drs ROYER (Paul-Xavier-Marius), et LAVALLÉE (Charles-Lucien), sont nommés médecins du bureau de bienfaisance du IIIe arrondissement.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OTOLOGIE ET DE LARYNGOLOGIE. — Cette société tiendra sa session générale à Paris, les 2, 3, 4 avril 1885, à 8 heures du soir, à la mairie du 1er arrondissement, place Saint-Germain-l'Auxerrois.

NÉCROLOGIE. — Le *Concours médical* annonce la mort de M. le Dr DE CRÉCY, à Chitenay (Loir-et-Cher). — Nous apprenons également la mort de M. le Dr MURATET, à Oued-el-Abug (Algérie). — Des Drs MARY (de Cette) ; — ROULIN (de la Roche-sur-Yon) ; — DE COURTEIX (du Chambon-Feugerolles), — Le Dr HAUKE, privat docent des maladies des enfants à la Faculté de Vienne, vient de mourir subitement le 25 février à l'âge de 53 ans.

(1) *Allgemeine Wiener Medizinische Zeitung* n° 3, p. 34.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. COUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71.

13e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. I. N° 11 BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 14 MARS 1885.

Le Progrès Médical

CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES

—

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE. — **M. H. LELOIR.**

—

Leçons sur la Syphilis

Professées à l'hôpital Saint-Sauveur.

PREMIÈRE LEÇON.

SOMMAIRE. — *Introduction.* — *Programme.* — Nous suivrons pas à pas une particule du virus dans l'organisme en étudiant les modifications qu'elle y imprime. Enumération des chapitres à étudier. — I. Du virus syphilitique ; sa nature, son siège, ses modes de transport (contamination). — II. Période de première incubation. — III. Apparition du premier accident, du premier syphilôme, le chancre. Etude du chancre et de la période dite primaire. — IV. Explosion de phénomènes multiples et disséminés succédant à la somnolence du virus pendant la période primaire. Période dite secondaire. — V. Période dite tertiaire ou des syphilômes non résolutifs. Tableau général de la syphilis comparé à un programme de spectacle. — Ce spectacle peut être modifié dans certains cas.

Du syphilôme. Valeur de ce mot. Les syphilômes, histologiquement semblables à leur début, diffèrent entre eux par l'évolution de leurs éléments. — Comment classer les syphilômes ? — La classification chronologique n'est plus admissible complètement. Pourquoi ? D'une façon générale, et tout en tenant compte de la division de la syphilis en 3 étapes, on doit diviser les syphilomes en syphilômes résolutifs spontanément ; et en syphilômes non résolutifs. Importance des lésions secondaires, inflammatoires simples et vasculaires.

Messieurs,

J'ai l'intention de consacrer quelques-unes de nos cliniques à l'amphithéâtre à l'étude de la *pathologie générale* de la syphilis. Nos salles, notre polyclinique, comme vous pouvez le constater journellement, nous fournissent un grand nombre d'exemples des lésions diverses que produit la syphilis, aussi bien chez l'adulte homme et femme que chez l'enfant. Mettant à profit les matériaux considérables qui nous sont fournis par la Ville et les environs, ce sera donc la clinique surtout qui nous servira de guide. Mais, l'anatomie pathologique nous sera également d'un grand secours dans cette étude, en précisant d'une façon plus intime les caractères morphologiques de l'évolution des lésions syphilitiques.

Bien que mon but soit des plus modestes, ma tâche n'en est pas moins difficile. Je veux, en effet, essayer en quelques leçons, de vous donner une idée générale de la vérole, de vous mettre au courant de tout ce que nous connaissons actuellement, de net, de précis et de pratique sur cette affection.

Dans cet enseignement, je procéderai de la façon suivante : Etant admis, ce qui actuellement est surabondamment démontré, que la syphilis n'a pas d'origine spontanée, que toute syphilis dérive d'une syphilis préexistante, que la vérole résulte toujours de la pénétration matérielle d'un virus spécial dans l'organisme. Je prends une particule du virus syphilitique, je la suppose appliquée sur une surface cutanée ou muqueuse, j'étudie l'évolution locale de ce virus, puis, accompagnant le virus dans l'organisme qu'il infecte d'une façon générale; j'étudie, à leurs différentes périodes, les modifications diverses produites par l'introduction du virus syphilitique dans l'économie. Ces modifications et lésions je les examine dans leur symptomatologie, leur anatomie pathologique, leur évolution, leur diagnostic, leur thérapeutique, dans leur séméiologie pour tout dire.

En un mot, Messieurs, j'essaierai de vous faire ce que Jean Macé a si admirablement fait dans son « *Histoire d'une bouchée de pain* », j'essaierai de vous faire l'histoire d'une bouchée..... de vérole. Donc, ces leçons comprendront les chapitres suivants :

I. *Du virus syphilitique.* — Glissant rapidement sur sa nature spéciale qui nous est inconnue, nous nous appesantirons un peu davantage sur l'étude des tissus pathologiques ou autres où on les rencontre ; en un mot, sur l'étude de son siège. Puis nous passerons en revue les modes différents et nombreux suivant lesquels ce virus peut passer d'un organisme malade dans un organisme sain, suivant lesquels se fait la contamination.

II. Que devient le virus déposé en un point du tégument externe ou interne lorsque l'infection doit se produire ? Il y demeure latent pendant quelque temps, c'est la période de *première incubation;* nous devrons donc étudier cette période au point de vue de sa durée, et l'état local général de l'organisme à ce moment.

III. La période de première incubation terminée, le virus inoculé en un point de l'organisme manifeste sa présence par l'apparition d'un premier accident qui se montrera toujours au niveau du point inoculé; cette première réaction apparente des tissus sains contre l'agent infectant est le *chancre.* C'est le *premier des syphilômes.* Nous devrons donc étudier ce chancre, ce premier syphilôme dans son aspect, ses variétés, son évolution.

Le chancre étant suivi, quelques jours après son apparition, d'une adénopathie spéciale, nous devrons donc étudier ce satellite fatal du chancre, l'adénopathie primaire. Cette étude de la période primaire sera complétée par ce que nous savons sur l'état général de l'organisme à cette période. Je puis vous dire de suite que pendant la période primaire, il n'y a pas de modification appréciable de l'organisme en général. Le chancre et l'adénopathie primaires sont les seules manifestations apparentes de la vérole. Il semblerait que cette période primaire constituât une période de deuxième incubation.

IV. A cette période de somnolence du virus succède un feu d'artifice caractérisé par l'explosion de phénomènes multiples et disséminés. C'est la période dite secondaire. Dès ce moment tout l'organisme est frappé d'une façon apparente, dès ce moment, la vérole est devenue une maladie *totius substantiæ.*

L'infection générale se manifeste ici par une série d'exanthèmes et d'énanthèmes en général disséminés et se produisant par poussées successives, par des modifications plus ou moins graves de la santé générale du malade, par des lésions diverses des tissus et systèmes

autres que la peau, et même par des troubles viscéraux variés.

Cette période peut durer plus ou moins longtemps; mais, en somme, elle est limitée à un espace de temps relativement court, contrairement à ce qui passe pour la période dite tertiaire.

Ce qui la caractérise d'une façon générale, c'est que les productions syphilitiques, les syphilômes qui se montrent pendant sa durée, sont résolutifs spontanément, et disparaissent sans détruire les tissus dans lesquels ils se sont développés. Le productions syphilitiques de cette période sont virulentes et inoculables. On pourrait donner à cette période le nom de période des syphilômes secondaires ou résolutifs.

V. A la période des syphilômes résolutifs, succède, au bout d'un temps variable, la période dite tertiaire ou des sphilômes non résolutifs. Ces syphilômes, contrairement aux syphilômes résolutifs de la période dite secondaire, n'évoluent pas spontanément vers la guérison. Lorsqu'ils ne sont pas traités, ils amènent la sclérose ou la nécrobiose des tissus dans lesquels ils se sont développés. Ces syphilômes peuvent siéger partout, ils peuvent se montrer à n'importe quelle époque, quelque distante qu'elle soit du chancre. Ces syphilômes ne paraissent pas être virulents ou inoculables; en tous cas, ils le sont à un degré beaucoup moindre que les syphilômes de la période dite secondaire, que les syphilômes résolutifs.

Tel est le tableau général de l'évolution de la syphilis. C'est, comme vous le voyez, une évolution méthodique que Fournier a ingénieusement comparée à une sorte de drame qui se divise en une série d'actes et d'entr'actes successifs.

En voici l'affiche : *Premier acte.* Contamination, inoculation du virus. — *Premier entr'acte.* C'est la première incubation. — *Deuxième acte.* Apparition du chancre, du syphilôme primaire. — *Deuxième entr'acte.* C'est la deuxième incubation qui s'étend de la date d'apparition du chancre à la date d'apparition des phénomènes secondaires. — *Troisième acte*, constitué lui-même par une série de tableaux successifs, se montrant dans un espace de temps limité, c'est la période dite secondaire ou des syphilômes résolutifs. Il y aurait peut-être à décrire un *quatrième acte* ou période dite intermédiaire, période dans laquelle les syphilômes (auxquels on pourrait donner le nom de syphilômes intermédiaires) présentent des caractères tenant à la fois de ceux de la période secondaire et de ceux de la période tertiaire. — *Cinquième acte.* C'est la période des syphilômes dits tertiaires ou non résolutifs. Elle est caractérisée par une série de tableaux échelonnés sur un espace de temps indéfini, puisqu'il comprend toute la vie du malade.

Messieurs, le tableau que je viens de vous tracer, et qui n'est, en somme, qu'une modification de celui de Fournier, vous représente d'une façon schématique l'évolution de la syphilis dans la majorité des cas. Mais, il faut bien le savoir, dans certains cas (exceptionnels, il est vrai), le programme du spectacle peut être modifié; les syphilômes non résolutifs pourront se montrer dès le deuxième acte, que dis-je, dès le premier acte même. Ces *syphilis anomales* dans leur évolution, nous les étudierons dans un chapitre spécial. Cependant la connaissance de ce fait présente une grande importance au point de vue de la pathologie générale de la vérole.

En effet, Messieurs, rien de plus simple au premier abord que l'étude de la pathologie générale de la vérole, si l'on dit avec certains auteurs que l'étude des lésions de la syphilis est celle du *syphilôme.* Je viens de prononcer un mot, mot créé par Wagner, mot que vous m'avez déjà entendu prononcer souvent dans mes cliniques et qui constitue une expression bonne à un point de vue, mauvaise à un autre point de vue. Bonne, car elle montre, ainsi que l'a surtout prouvé mon maître Cornil, que les lésions de la syphilis sont constituées par un néoplasme partout histologiquement semblable (à une certaine période de son évolution, ajouterai-je). Mauvaise, car elle pourrait faire croire que ce néoplasme présente toujours une évolution semblable.

Or, rien n'est plus faux. Il faut donc n'admettre cette expression qu'en se rappelant bien que si, morphologiquement à leur début, comme vous pouvez le constater dans ces nombreuses préparations histologiques, les syphilômes présentent une structure à peu près identique, il n'en est pas moins vrai que ces syphilômes diffèrent entre eux par la qualité, la nature et l évolution de leurs éléments. Ici (syphilôme de la papule cutanée ou muqueuse, etc...), l'on a un néoplasme qui, fatalement, sans aucun traitement, se terminera par résolution et retour *ad integrum* de la partie malade ; là (syphilôme de la gomme, du tubercule), l'on a un syphilôme qui, fatalement, s'il n'est combattu, traité énergiquement, aboutira à la caséification, à la sclérose, en un mot à la destruction des tissus où il s'est développé. Il nous faut donc distinguer les syphilômes d'après leur nature, leur évolution, leur essence, si j'ose m'exprimer ainsi. Mais, comment faire ? Quelle sera notre base, notre principe de classification ? Les diviserons-nous en nous appuyant sur une classification ancienne (Ricord), en nous fondant sur la division de la syphilis en périodes chronologiques, en syphilômes de la première, deuxième et troisième période ? Y ajouterons-nous même les syphilômes de la période quaternaire (Bazin) ?

Nous croyons, au point de vue de la pathologie générale de la syphilis, devoir rejeter cette classification, car la clinique et l'anatomie-pathologique nous montrent qu'elle tombe devant les faits. Ne voit-on pas souvent des lésions de la période secondaire et même de la période primaire de la syphilis comme j'y insiste dans la thèse de mon élève, M. Declercq, sur les syphilômes chancriformes, être destructives, ulcéreuses (ecthyma précoce, etc., certains chancres infectants, redux ou non), alors que les lésions survenues dans un âge des plus avancés de cette affection peuvent parfois disparaître sans laisser après elles de cicatrice (tubercules plats et secs, etc.) ? Comme le disent justement Besnier et Doyon (Trad. de Kaposi, p. 363), « des lésions certainement syphylitiques, assez susceptibles pour ne pas dépasser le type papuleux, peuvent se produire longtemps après que le malade est entré dans la période tertiaire, sans aucune limitation du nombre des années. Ne voyons-nous pas quelquefois, dès les premiers mois de la vérole, les téguments du malade être ravagés par des lésions destructives graves ? (Le n° 5 de notre salle des hommes (St-Antoine) que je vous présente en constitue un bel exemple).

Adopterons-nous une autre classification, également ancienne, et dirons-nous que les lésions de la syphilis sont d'autant plus, passez-moi l'expression (internes), que la syphilis est plus avancée en âge? Dirons-nous, en un mot, que la syphilis marche de la périphérie vers le centre ? Encore moins. N'existe-t-il pas, dès le début de la période secondaire, dans certains cas, des lésions osseuses, musculaires, articulaires, précoces? N'a-t-on pas

signalé dans les premières années, dans la première année même de la syphilis, des phénomènes graves du côté des viscères. Vous en voyez en ce moment de beaux exemples dans une de nos salles des femmes (Saint-Damiens).

Nous devrons donc, dans cette étude, rejeter les différentes bases de classification précitées, et, tout en tenant compte de la division de la syphilis en trois étapes, tout en reconnaissant que les lésions anciennes sont en général destructives, tandis que les lésions récentes, celles survenant dans les premières années de la syphilis sont en général résolutives ;

Nous diviserons d'une façon générale, en nous fondant sur la clinique et l'anatomie-pathologique, les lésions de la syphilis en : Résolutives, dont le type est la papule, et non résolutives, dont le type est la gomme. Donc l'étude de la syphilis est, d'une façon générale, l'étude des syphilômes résolutifs et non résolutifs. Ainsi

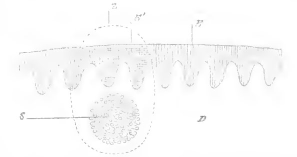


Fig. 11.— D. Derme. E. Épiderme. S. Syphilome développé dans le derme Z. Zône d'inflammation non spécifique produite par le syphylome agissant comme corps étranger, comme épine inflammatoire simple. E'. Epiderme altéré par l'action du voisinage du syphilome développé dans le derme sous-jacent. (Lésions non spécifiques de : vésico-pustulation, phlycténisation, formation de squames, troubles de thératinisation, atrophie moléculaire simple, etc.)

posée, la question parait simple au premier abord au point de vue anatomo-pathologique (1).

Mais, de même que l'étude de la tuberculose ne se borne pas à l'étude du tubercule ou tuberculome, mais qu'elle comprend également l'étude importante et difficile des lésions secondaires ambiantes, souvent inflammatoires ou d'origine vasculaire (à distance) produites par le tubercule; de même, l'étude de la syphilis ne peut se borner à l'étude du syphilôme, mais doit également embrasser l'étude des lésions ambiantes, de voisinage inflammatoires ou secondaires (vasculaires), produites par ce néoplasme spécifique. Ainsi par exemple, comme vous le montrent ces deux schémas, une gomme du derme peut, comme simple épine inflammatoire, produire dans son voisinage, dans l'épiderme sus-jacent par exemple, des lésions irritatives simples (troubles de la Keratinisation (squames ; processus de vésico-pustulation (altération cavitaire); nécrose moléculaire de l'épiderme, et si cette gomme repose sur un vaisseau, elle peut en obstruant ce vaisseau, amener, par suite de l'ischémie



Fig. 12. — E. Epiderme. D. Derme et Hypoderme. V. Vaisseau sanguin Artère se divisant pour former un cône vasculaire. S. Syphilome situé sur l'artère et ayant amené l'oblitération de celle-ci, et partant du cône vasculaire qui en provient. N. Région ischémiée par suite de l'oblitération vasculaire spécifique, et présentant des altérations de nécrose secondaire non spécifique.

ainsi produite, des nécroses secondaires vasculaires, non directement spécifiques, et se produisant parfois à une assez grande distance. (*Fig.* 11 et 12.)

(1) Ainsi que je ne cesse de vous le répéter et de vous le démontrer, le syphilôme est un histologiquement. Il est également un cliniquement, au point de vue évolutif, puisque dans la période dite primaire il peut singer la gomme. (Certaines variétés de chancres ulcéreux dont nous parlerons) ; et dans la période appelée période tertiaire il peut singer le chancre (chancre de récidive ou mieux syphilômes chancriformes survenant parfois très tardivement). Et cependant, bien que un, histologiquement et cliniquement le syphilôme cutané est très polymorphe dans son aspect. Laissant de côté les variétés d'aspect provenant de ce que le syphilôme ou une partie de celui-ci est résolutive ou non : ce polymorphisme dépend de causes nombreuses, parmi lesquelles on doit citer en première ligne le siège anatomique spécial du syphilôme dans le derme (siège plus ou moins imperficiel ; siège au niveau ou autour des glandes de la peau, etc.) ; les lésions variées de l'épiderme que détermine sa présence, etc. C'est ainsi que non seulement le syphilôme d'une époque singe parfois le syphilôme d'une autre époque ; mais c'est ainsi que le syphilome peut singer d'autres affections cutanées non spécifiques, le psoriasis, le lichen, l'acné, etc. Ce sont ce polymorphisme, et cette diversité dans l'évolution qui rendent si difficile l'étude de la syphilis, et occasionnent des surprises journalières, même au syphiligraphe le plus expérimenté.

CLINIQUE MÉDICALE

Idiotie congénitale complète; Rougeole; Tuberculose pulmonaire et intestinale; Rein unique; Lésions des circonvolutions, etc, (1)

Par BOURNEVILLE et P. BRICON.

Nous allons continuer l'exposé des lésions trouvées à l'autopsie et nous terminerons cette longue observation par quelques réflexions.

Tête. — Sur le *cuir chevelu* on constate une petite ecchymose à la région temporale gauche. La *dure-mère* n'offre rien de particulier. — Les *sinus* contiennent des caillots noirs. Toute la partie droite de la base du crâne est peut-être un peu plus profonde que la gauche. La *pie-mère* de la base est partout très vascularisée ; il existe quelques légères adhérences faciles à rompre entre les deux lobes orbitaires en avant du chiasma. *Encéphale* 1220 grammes ; *cervelet et isthme* 140 grammes. Les *hémisphères cérébraux* ont le même poids. Les *nerfs optiques* paraissent égaux, mais la *bandelette optique gauche est plus petite que la droite.* — Le *tubercule mamillaire* gauche est un peu plus petit que le droit. — Les *pédoncules cérébraux* paraissent égaux ; la *protubérance* est symétrique.

Lorsqu'on a incisé les deux pédoncules et ouvert les ventricules on aperçoit, placée entre les tubercules quadrijumeaux, sur la ligne médiane, à 5 millimètres en avant de l'extrémité postérieure du corps calleux une *petite tumeur* arrondie, d'un gris rosé, de 8 à 10 millimètres de diamètre, contenue dans les plexus choroïdes ; elle empiète un peu plus sur la droite : elle laisse entre elle et la couche optique un espace de 5 millimètres : cette tumeur n'est autre que la *glande pinéale hypertrophiée.*

La pie-mère de la face interne des hémisphères est hyperémiée ; on constate de même une hyperémie fine plus

(1) Voir *Progrès médical*, n° 10.

prononcée, presque ecchymotique, au bord supérieur sur la face convexe ; elle est aussi prononcée des deux côtés. La pie-mère est un peu épaissie surtout à la convexité. — La décortication est partout facile. — La *pie-mère cérébelleuse* se décortique également bien ; les hémisphères cérébelleux sont égaux et normaux à la coupe. — La *protubérance*, les *olives*, les *pyramides*, le *quatrième ventricule* n'offrent rien à noter.

Hémisphère droit. — La *première frontale* est très sinueuse, a des sillons profonds, envoie un pli de passage très sinueux à la partie moyenne de la deuxième frontale et s'insère en retrait sur la frontale ascendante par deux insertions. — La *deuxième frontale* est également très sinueuse avec des sillons assez superficiels ; elle envoie un pli de passage à la troisième frontale et s'insère de niveau sur la frontale ascendante. — La *troisième frontale* est plissée, ramassée, et s'insère en retrait sur la frontale ascendante.—La *frontale ascendante*, assez volumineuse, est rectiligne dans sa moitié inférieure, sinueuse dans sa moitié supérieure. — Le *sillon de Rolando* est profond et sinueux. — La *pariétale ascendante* est un peu moins développée que la frontale ascendante mais plus sinueuse. — Le *lobule pariétal supérieur* est volumineux, plissé (3 plis) ; il se bifurque en arrière en V qui reçoit entre ses branches le lobe occipital ; il envoie un pli de passage au pli courbe. — Le *lobule pariétal inférieur* composé de trois plis partant de son bord supérieur, l'un descendant le long de la pariétale ascendante à laquelle il envoie un pli de passage, les deux autres allant vers la première circonvolution temporale. — Le *pli courbe* est très sinueux, doublé en arrière d'un pli bifurqué envoyant un pli de passage au lobe occipital. — Le *lobe occipital* est peu développé avec des sillons très superficiels. Un sillon profond partant de son bord inférieur et allant s'ouvrir à la scissure parallèle sépare le lobe occipital du lobe temporal. Le *lobule de l'insula* présente trois digitations bifurquées. — La *première circonvolution temporale* est sinueuse, assez grosse, envoie deux prolongements au fond de la scissure de Sylvius. — Les *deuxième et troisième circonvolutions temporales* forment une masse ovoide composée d'abord de deux plis antéro-postérieurs, puis de trois plis transversaux. — Le *lobule lingual* s'arrête loin de l'extrémité du lobe occipital. La *scissure parallèle* s'arrête moins haut que d'habitude et la scissure perpendiculaire vient empiéter de plus de 2 centimètres sur la face convexe.

Face interne. — La *première circonvolution frontale* très sinueuse reçoit un pli de passage de la circonvolution du corps calleux, ce qui fait que dans sa partie antérieure elle offre trois plis parallèles, tandis qu'elle ne possède dans sa partie postérieure que deux plis sinueux. — La *scissure calloso-marginale* est peu profonde. — La *circonvolution du corps calleux* est assez étroite et seulement un peu plissée en arrière. — Le *lobule paracentral* est très irrégulier, très sinueux avec deux encoches sur son bord supérieur et une autre considérable sur son bord inférieur et un sillon vertical. — Le *lobe carré* est volumineux, très plissé avec des sillons profonds. — Le *coin* est petit ainsi que le *lobe occipital* ; tous les deux ont des sillons peu profonds. — La *circonvolution de l'hippocampe* est courte, lisse, terminée en massue. — La *corne d'Ammon* n'est pas indurée. — Le *ventricule latéral* n'est pas dilaté.

Lobe orbitaire très plissé, sauf le gyrus qui est uni. — *Corps strié, couche optique* et *corps calleux*. rien de particulier.

Hémisphère gauche. — a) *Face convexe.* — La *première circonvolution frontale*, très plissée, présente des sillons, les uns très profonds, les autres superficiels ; elle envoie en avant un pli de passage à la deuxième circonvolution et s'insère sur la frontale ascendante par deux insertions, l'une de niveau faisant partie du bord supérieur, l'autre au fond du sillon.— La *deuxième circonvolution frontale* est très sinueuse ; elle reçoit un pli de passage de la troisième frontale qui vient s'emboîter sur une partie un peu renflée ; elle s'attache par deux insertions au fond du sillon, qui la sépare de la frontale ascendante en formant une sorte de concavité embrassant une partie arrondie de celle-ci. — La *troisième circonvolution frontale* est de même très sinueuse ; elle vient s'insérer sur la frontale ascendante en bas et en retrait. — Les *sillons* qui séparent les circonvolutions frontales sont profonds.— La *circonvolution frontale ascendante* est sinueuse, rétrécie par places, légèrement oblique de bas en haut et d'avant en arrière. — Le *sillon de Rolando* est profond dans ses trois quarts supérieurs, superficiel en bas. — La *circonvolution pariétale ascendante*, sinueuse, est plus développée que la frontale ascendante ; elle envoie un pli de passage aux lobules pariétaux supérieur et inférieur, et au lobe carré.— Le *lobule pariétal supérieur* est très sinueux et envoie un pli de passage au pli courbe et au lobe occipital. — Le *lobule pariétal inférieur* est sinueux, avec des sillons superficiels. —Le *pli courbe* est sinueux, très irrégulier ; du sommet de la scissure parallèle partent en rayonnant quatre sillons qui séparent le pli courbe et le rendent ainsi irrégulier ; entre le pli courbe et le lobe occipital, il y a une circonvolution qui, en bas, envoie un pli de passage au lobe occipital. — Le *lobe occipital* est composé de circonvolutions petites et plissées. — Le *lobule de l'insula* présente trois digitations toutes bifurquées. — La *première circonvolution temporale*, bien développée, sinueuse, envoie trois plis de passage vers le fond postérieur de la scissure de Sylvius ; ils sont volumineux et distincts.— Les *deuxième* et *troisième circonvolutions temporales* sont confondues et formées de plis transversaux ; un sillon assez profond les sépare du *lobule lingual.* — La *scissure parallèle* est à peu près horizontale dans tout son trajet, se prolonge jusqu'au voisinage de l'extrémité de l'hémisphère et n'est séparée de la scissure perpendiculaire que par un pli étroit. La scissure perpendiculaire empiète de plus d'un centimètre sur la face convexe.

b) *Face interne.* — La *première circonvolution frontale* est sinueuse et assez développée. — La *scissure calloso-marginale* est assez profonde et très sinueuse. — La *circonvolution du corps calleux* est sinueuse ; en avant, entre elle et la première frontale, il existe une *petite circonvolution* qui n'est unie à ces deux circonvolutions qu'à son extrémité inférieure et qui en reste distincte dans tout le reste de son étendue. — Le *lobe paracentral* est assez gros, avec un sillon profond en forme de V ouvert en arrière et en haut. — Le *lobe carré* est composé de plis grêles, séparés par des sillons profonds. — Le *coin*, assez peu développé, est formé d'une seule masse. — La *scissure pariéto-occipitale* est profonde. — Le *lobe occipital* est peu volumineux, sinueux ; il envoie un prolongement à la circonvolution de l'hippocampe et au lobule lingual.— Les *circonvolutions de l'hippocampe*, la *corne d'Ammon*, le *corps strié*, la *couche optique* et le *corps calleux*, le *lobe orbitaire* ne présentent rien de particulier.

Réflexions. — I. Nous n'avons à relever, dans les *antécédents* des ascendants, que l'*alcoolisme* du père et du grand-père paternel et, durant la *grossesse*, les chagrins et les émotions éprouvées par la mère. L'enfant n'a jamais ressemblé aux autres enfants : dès l'âge de deux mois, on s'apercevait que son regard n'était pas naturel ; plus tard, on s'inquiéta du retard de la parole, de la marche et de la persistance du gâtisme. L'ensemble des symptômes observés chez cet enfant, joint à l'*absence de convulsions*, nous a fait penser qu'il s'agissait là d'un cas d'*idiotie congénitale* reconnaissant pour cause un *arrêt de développement des circonvolutions.*

II. Les accidents divers survenus successivement chez cet enfant (diarrhée, tuberculose, rougeole, etc.), n'ont pas permis d'obtenir de résultats sérieux au point de vue du *traitement de l'idiotie* : il n'a pu, en effet, participer aux exercices de la petite école qu'à de rares intervalles. Néanmoins, on était parvenu à lui apprendre à se servir

d'une cuiller : aussi, croyons-nous qu'il appartenait à la catégorie des idiots susceptibles d'une réelle amélioration. Cette opinion repose principalement sur ce fait que la lésion initiale avait achevé son évolution.

III. Parmi les maladies intercurrentes observées chez Assas..., nous insisterons sur la *rougeole* ; non pas parce qu'elle a présenté quelques anomalies, surtout dans le développement de l'éruption, mais parce que, l'enfant étant surveillé à cause de sa tuberculose, il nous a été possible d'avoir la *marche de la température* durant la période prodromique. Le tracé ci-dessous mérite donc un examen spécial.— La *période prodromique* semble s'être annoncée par une *élévation momentanée de la température* (39°,2 le 2 mai au soir) ; puis la température a baissé, a oscillé durant deux jours un peu au-dessus de 38°) ; enfin le jour du début de l'*éruption* elle a monté à 39°,6 pour atteindre son maximum vers la fin du premier jour de l'éruption (*Fig.* 13). Les oscillations suivantes sont peut-être dues à ce fait que l'éruption s'est produite péniblement (1).

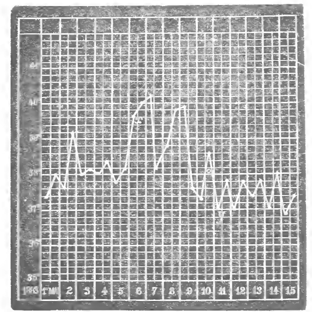


Fig. 13 — *x*, début de l'éruption. — *n* fin de l'éruption.

IV. Les lésions notées du côté du *cerveau* consistaient en un arrêt de développement relatif des *circonvolutions cérébrales*; il n'y avait aucune lésion en foyer ni aucune trace de sclérose atrophique ou hypertrophique. Mentionnons encore, un peu à titre de curiosité, l'*hypertrophie de la glande pinéale*.

V. Deux autres faits intéressants ont été remarqués chez ce malade : un *phimosis* très prononcé et une *malformation des reins*. Il serait superflu d'insister sur le phimosis; nous y reviendrons lorsqu'on nous exposerons dans un travail spécial l'ensemble des malformations des organes génitaux que nous avons eu l'occasion d'enregistrer très fréquemment chez les épileptiques et chez les idiots.

Les cas de *rein en fer à cheval* sont loin d'être rares (2).

(1) Nous rappelons à nos lecteurs que le *Progrès médical* a publié à diverses reprises, et notamment en 1882-1883, des observations nombreuses sur la *température* dans la rougeole.

(2) Il serait fastidieux de donner ici la bibliographie (qui ne saurait du reste être complète) des cas de reins en fer à cheval. Des observations nombreuses en ont été publiées depuis longtemps : on en trouve entre autres un grand nombre citées dans Morgagni : *Recherches anatomiques sur le siège et les causes des maladies*, 48e lettre, p. 398. T. VII. Edition française de 1822 : et dans Rayer. *Traité des maladies des reins*. T. III. p. 770. 1841.

Tantôt l'union se fait par l'extrémité supérieure, tantôt par l'extrémité inférieure. Les auteurs diffèrent d'opinion sur la fréquence de l'un ou de l'autre de ces modes d'union. Au premier abord il semblerait qu'elle dût se produire plus facilement par les extrémités supérieures, qui sont plus rapprochées l'une de l'autre. Dans les cas où l'union se fait par l'extrémité inférieure, la disposition des vaisseaux, celle des autres parties du rein, de l'uretère, etc., porteraient à admettre que cette union n'a pu se faire que par suite d'une sorte de bascule du rein, la face antérieure devenant postérieure et réciproquement.

Nous ne saurions nous prononcer définitivement à cet égard ; en compulsant les observations, il nous a semblé que la fréquence de ces deux formes était à peu près la même. Nous avons vu personnellement l'un et l'autre des cas dans lesquels l'union avait lieu par l'extrémité supérieure, ou par l'extrémité inférieure.

Malgré le peu de rareté du rein en fer à cheval, nous avons cru devoir présenter cette pièce à la Société, parce que, d'une part, la position antérieure des uretères n'est jusqu'à présent que rarement notée dans la plupart des cas publiés (1) et que, d'autre part, il est généralement accepté (2) que cette malformation rénale ne produit aucun trouble physiologique. Or, l'enfant Assas..., qui fait l'objet de cette observation, a éprouvé des *troubles de la miction* évidemment dus à une compression plus ou moins prononcée des uretères ; ce que l'examen nécroscopique a confirmé. Il est donc hors de doute que dans les cas de reins en fer à cheval, unis par leur extrémité inférieure il peut exister des troubles physiologiques dus à la compression des uretères, quand ceux-ci se trouvent situés en avant du fer à cheval.

(1) Il est vrai de dire que très souvent la position des uretères n'est pas mentionnée. Le cas figuré dans l'*Atlas de Rayer* (pl. III fig. 5), est presque identique au nôtre, uretères en avant, artères médianes provenant de l'aorte un peu avant sa bifurcation, etc.

(2) Lancereaux, art. *Rein* (pathologie) in *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, 3e série. t. III, p. 172, ligne 1.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Clinique libre de l'hôpital Lariboisière. M. Duguet.

Jeudi, 5 mars, M. Duguet a ouvert ses cliniques dans l'amphithéâtre de l'hôpital Lariboisière ; il se propose de les continuer tous les jeudis à 10 heures du matin. Nous sommes heureux d'en faire part à nos lecteurs, car nous croyons qu'il y a un grand avantage pour les élèves à suivre les cliniques que les médecins des hôpitaux veulent bien leur faire gracieusement, sans titre officiel, dans l'unique but de servir à l'enseignement de la médecine.

Ce n'est pas dans les amphithéâtres de la Faculté que les étudiants apprendront la médecine pratique, c'est uniquement à l'hôpital, au lit du malade. Aussi ne saurait-on trop encourager le développement de l'enseignement libre dans les hôpitaux, en présence de l'insuffisance de l'enseignement officiel.

De nombreux auditeurs se pressaient à l'ouverture du cours de M. Duguet. Le professeur a présenté un cas des plus intéressants, peut être unique dans la science. Il s'agissait d'un anévrysme de l'artère pulmonaire survenu sans cause appréciable, chez un jeune homme non tuberculeux, ayant déterminé un sphacèle

limité du poumon et entraîné la mort rapide par hémorrhagie. La pièce anatomique mise sous les yeux des auditeurs est venue compléter l'intéressante leçon faite par M. Duguet. La voix est nette, bien timbrée, le débit est clair, mais peut-être un peu rapide et uniforme ; il gagnerait à être ponctué et souligné. Nous ne doutons pas que ce cours n'obtienne le succès qu'il mérite et nous engageons vivement les élèves à le suivre.

La Dermatologie à Paris.

M. le Dr Ernest Besnier, médecin à l'hôpital Saint-Louis, fait tous les mercredis des cliniques sur les maladies cutanées. Nous n'étonnerons personne en constatant le succès toujours croissant obtenu par cet enseignement *libre* inspiré par un zèle désintéressé et par le souci patriotique de ne pas laisser tomber en ruines la Dermatologie française.

La foule compacte des auditeurs qui se pressent, j'allais dire se bousculent, aux leçons de M. Besnier, nous fournit la preuve du bon sens et de l'intelligence pratique qui animent les étudiants en médecine.

Ces futurs praticiens auxquels la Faculté dispense un enseignement insuffisant ou superflu, sentent parfaitement qu'ils ne peuvent acquérir des notions utiles que par une fréquentation assidue et prolongée des services hospitaliers.

Ce n'est donc pas la bonne volonté qui manque aux étudiants ; c'est la faculté, c'est l'enseignement officiel qui se dérobe à cette jeunesse studieuse. Nous avons déjà, dans un précédent article (*Progrès médical*, 6 septembre 1884) signalé les lacunes de l'organisation hospitalière et scolaire touchant la dermatologie. Nous avions peut-être assombri le tableau, mais nos critiques un peu vives ne portaient pas à faux. Que serait aujourd'hui l'enseignement de la dermatologie à Paris, nous le demandons en toute conscience, si M. Besnier, qui n'est ni professeur ni agrégé, qui n'est chargé d'aucun cours officiel, ne voulait pas donner gracieusement aux étudiants ces belles *leçons de choses* qu'ils demanderaient en vain à la Faculté ?

Que deviendra la dermatologie à Paris, quand les hommes qui tiennent aujourd'hui le drapeau, MM. Besnier, Lailler, Vidal, etc., atteints par la limite d'âge, feront place à ceux que les hasards du roulement amèneront à Saint-Louis ?

Qui remplacera M. le professeur Fournier, ce syphiligraphe hors de pair ?

Pourquoi faut-il que de pareilles questions se posent et que l'avenir d'une science, que des français ont créée soit soumise aux fluctuations et aux incertitudes du hasard ? Pourquoi n'a-t-on rien prévu, pourquoi n'a-t-on rien fait pour assurer le recrutement d'un personnel qui ne s'improvise pas ? Nous avons essayé de faire ressortir, après M. Besnier, l'urgence de la *spécialisation* de la dermatologie. Nous ne comptons pas beaucoup sur l'initiative de la Faculté ou de l'Assistance publique pour la réalisation de cette réforme. Il est vraisemblable qu'elle ne s'imposera que le jour où l'enseignement libre à l'hôpital ou en dehors de l'hôpital aura forcé la main à l'administration. Jadis l'ophthalmologie n'avait pas droit de cité à l'École de médecine, et les chirurgiens les plus opposés à cette spécialisation opéraient bravement et consciencieusement les cataractes, vidant les chambres, aveuglant les malades, etc. Pendant ce temps les oculistes ouvraient des cliniques en ville et démontraient, par leurs innombrables succès opératoires, les avantages de la spécialisation.

La Faculté s'est rendue, un peu plus tard, à cette démonstration, et M. Panas a été installé dans la nouvelle chaire d'ophthalmologie. Voilà un exemple encourageant pour les jeunes médecins qui se destinent, malgré les difficultés de l'heure présente, à l'enseignement de la dermatologie. Qu'ils ouvrent des cliniques, des dispensaires ; qu'ils y attirent les malades, les élèves, le succès ne leur fera pas défaut et la dermatologie prendra bientôt la place qui lui est due.

Faut-il rappeler l'exemple de Auspitz qui, à Vienne, en dehors de l'hôpital général (1), a su créer un enseignement libre des plus féconds ?

M. Besnier, qui a donné des gages nombreux à la cause que nous défendons, est bien placé pour étudier les réformes nécessaires et en poursuivre la réalisation. Nous rappelons à ce maître éminent la promesse qu'il nous fit (*Progrès médical*, 20 septembre 1884) d'aborder l'étude de ces questions vitales pour notre enseignement supérieur. Nos colonnes lui sont largement ouvertes.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 2 mars 1885.

MM. G. Sée et Bochefontaine continuent leurs recherches sur le *sulfate de cinchonamine*. — Il n'y a pas entre cette substance et la digitaline un antagonisme vrai ; ainsi, le cœur de la grenouille, arrêté en systole ventriculaire par la digitaline, ne recouvre pas son activité sous l'influence de la cinchonamine. Cependant, si l'on injecte en même temps ces deux alcaloïdes, le cœur continue à battre régulièrement pendant une demi-journée. La cinchonamine augmente la sécrétion salivaire par suite d'une action sur la glande elle-même et indépendamment d'une influence sur le système nerveux central. Contrairement à ce qui arrive pour la strychnine, la pression sanguine est abaissée pendant la phase convulsive provoquée par la cinchonamine.

M. Pecholier communique les résultats de ses recherches sur l'*action antizymasique de la quinine dans la fièvre typhoïde*. Il croit que ce médicament n'agit pas comme antipériodique ni comme antipyrétique ; son action s'adresse directement au ferment morbide. M. Pécholier a appliqué ses observations à l'administration clinique du remède. Il commence à donner la quinine au premier soupçon de la fièvre typhoïde ; il la donne quotidiennement à la dose de 0 gr. 80 à 1 gramme pendant la période d'état, puis à dose décroissante jusqu'à la défervescence complète. En se conformant à cette méthode, il a soigné, dans ces dernières années, plus de cinquante typhoisants sans en perdre un seul.

MM. Gréhant et Quinquaud ont déterminé la *pression nécessaire pour provoquer la rupture des vaisseaux sanguins*. Les résultats obtenus par les indications du manomètre à air libre de Regnault installé à la Sorbonne, mon-

(1) Schwarzspanierstrasse, n° 12.

trent que les pressions nécessaires pour rompre les artères sont beaucoup plus grandes que celles qui existent normalement dans ces vaisseaux ; ces pressions ont été de 35 à 55 fois plus grandes que la pression normale.

M. DE ROCHEBRUNE signale l'existence de l'*inoculation préventive de la péripneumonie épizootique* par les Maures et les Pouls de la Sénégambie. Une habitude, dont l'origine se perd dans la nuit des temps, consiste à plonger dans le poumon d'un bœuf mort de l'affection, la pointe d'un couteau ou d'un poignard que l'on fait ensuite pénétrer sous la peau des animaux bien portants. M. de Rochebrune rapproche ces faits des phénomènes d'atténuation des virus démontrés par M. Pasteur.

M. J. DENIKER rapporte des observations très intéressantes que lui a fournies l'*étude d'un fœtus de gibbon*. La description qu'il donne permet d'élucider certains points de l'anatomie du placenta chez les singes anthropoïdes.

M. H. DE VARIGNY a étudié quelques points de la *physiologie des muscles lisses chez les Invertébrés* Le rôle de ces muscles est considérable; leur action arrive à égaler et même à surpasser celle des muscles striés.

M. ROCHAS indique quelques particularités relatives aux connexions des *ganglions cervicaux du grand sympathique* chez les oiseaux.

M. LAULANIÉ montre que la *néoformation maternelle du placenta* est, dans tous les cas, le résultat d'un processus conjonctivo-vasculaire. Les surfaces maternelles sont constamment dépourvues de l'épithélium sécréteur que leur avait attribué Ercolani. PAUL LOYE.

PRIX DÉCERNÉS. — ANNÉE 1884. — *Statistique.* — *Prix Montyon* — M. A. DURAND-CLAYE auteur d'une monographie considérable, intitulée *l'Epidémie de fièvre typhoïde à Paris en 1882.* — *Mention honorable* à M. le Dr CHERVIN, pour sa *Géographie médicale de la Seine-Inférieure.* — *Anatomie et zoologie.* — *Grand Prix des Sciences physiques.* — M. MARION, professeur à la Faculté des sciences de Marseille, pour ses recherches *sur les faunes profondes de la Méditerranée*, d'après les dragages opérés au large des cotes méridionales de France. — Un encouragement de 1500 francs est accordé à M. le Dr FISCHER, aide-naturaliste au Muséum. — *Médecine et Chirurgie.* — *Prix Montyon.* — 1° A M. le Dr TESTUT, chef des travaux anatomiques à la Faculté de médecine de Nancy, pour son *Traité des Anomalies musculaires chez l'homme, expliquées par l'Anatomie comparée* ; 2° A M. le Dr CADET DE GASSICOURT, auteur d'un *Traité clinique des maladies de l'enfance*; 3° A M. le Dr HENRI LELOIR, pour ses études sur *les affections cutanées d'origine trophique.* — Des mentions honorables de 1500 francs sont accordées : 1° A M. BOURCERET, pour *ses recherches sur le système vasculaire*; 2° A M. le Dr SERVOLES, pour son livre intitulé : *la Fièvre typhoïde chez l'homme et le cheval*; 3° A M. le Dr FONSSAGRIVES pour son *Traité d'hygiène navale.* — Des citations honorables sont décernées à MM. COUTARET, BORDIER, FUA, HACHE, RAMBOSSON, MARC SÉE et VIDAL. — *Prix Godard.* — A M. le Dr TOURNEUX, professeur à la Faculté de médecine de Lille, pour ses recherches d'anatomie embryonnaire et fœtale sur la formation initiale des organes génitaux — *Prix Serres*, partagé entre MM. les Drs CADIAT et KOWALEWSKY, le premier pour son *Traité d'Anatomie générale appliqué à la Médecine*, le second pour ses nombreux mémoires sur *l'embryologie comparée.* — *Prix Lallemand.* — A M. BROWN-SÉQUARD pour ses recherches sur *l'inhibition et la dynamogénie.* Une mention honorable est accordée à M. le Dr NICAISE pour son travail sur les *Maladies chirurgicales des nerfs.* — *Physiologie expérimentale.* — *Prix Montyon.* — A MM. JOLYET et LAFFONT pour leurs travaux sur les *nerfs vaso-dilatateurs et sur les nerfs secrétoires contenus dans les diverses branches de la cinquième paire.* — Une mention honorable est accordée à M. L. FRÉDÉRICQ pour son mémoire sur *la régulation de la température chez les animaux à sang chaud.* — *Prix Ponti.* — A M. JOSEPH BOUSSINGAULT pour ses découvertes sur la fermentation.

PRIX PROPOSÉS POUR 1885. — *Prix Lacaze.* — Décerné à l'auteur du meilleur travail sur la physique, la chimie et la physiologie. — *Prix Montyon.* — Statistique. — *Prix Barbier.* — Décerné à celui qui fera une découverte précieuse dans les sciences chirurgicale, médicale et pharmaceutique, et dans la botanique ayant rapport à l'art de guérir. — *Prix da Gama Machado.* — Sur les parties colorées du système tégumentaire des animaux ou sur la matière fécondante des êtres animés. — *Prix Montyon.* — Médecine et chirurgie. — *Prix Bréant.* — Décerné à celui qui aura trouvé le moyen de guérir le choléra asiatique. — *Prix Godard.* — Sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie des organes génito-urinaires. — *Prix Dugaste.* — Décerné à l'auteur du meilleur ouvrage sur les signes diagnostiques de la mort et sur les moyens de prévenir les inhumations précipitées. — *Prix Lallemand.* — Destiné à récompenser ou encourager les travaux relatifs au système nerveux, dans la plus large acception des mots. — *Prix Montyon.* — Physiologie expérimentale.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 7 mars 1885. — PRÉSIDENCE DE M. P. BERT.

M. BROWN-SÉQUARD dit que dans la majorité des cas la perte de l'excitabilité réflexe existe dans les attaques d'épilepsie; cependant, il a depuis longtemps montré que cette excitabilité pouvait également être exagérée; ce sont là des phénomènes d'inhibition et de dynamogénie qui se succèdent. Aussi, en conclut-il, que, lorsqu'il existe une zone épileptogène, c'est au niveau de celle-ci que doivent être portés les agents curateurs.

M. RABUTEAU vient de découvrir le premier alun d'ammonium quaternaire, lequel est très toxique. Il revendique la priorité, car à la dernière séance, à propos du dosage de l'azote total des urines par l'hypobromite de soude, procédé qu'il a décrit le premier et qu'on a renouvelé, on ne l'a même pas cité, et l'indication que portent les *Bulletins* est fausse, sa communication n'ayant pas été faite à la Société de biologie, mais bien à l'Académie des sciences.

MM. LUMBROSO et BOCHEFONTAINE ont coupé le 20 juin 1884 les racines postérieures (12e dorsale, 1re et 2e lombaire) d'un chien. Il se développa un œdème du coude droit; l'articulation contenait de la sérosité, ainsi que l'autopsie faite le 5 août l'a démontré. L'animal avait en outre été paraplégique. Il existait enfin des lésions des deux côtés de la moelle. Les auteurs parlent de l'identité de la lésion observée avec les arthropaties tabétiques.

M. P. BERT dit que c'est là un fait particulier, la section des racines postérieurs ne donnant pas lieu d'ordinaire à des lésions médullaires de cet ordre.

M. LABORDE trouve en outre que la paraplégie qui s'est montrée n'est guère favorable à la limitation exacte d'une lésion aux seules racines postérieures; il serait en outre necessaire d'entrer dans des détails plus complets sur les lésions articulaires, la présence de la sérosité dans une articulation n'étant pas suffisante pour caractériser une arthropathie nerveuse, surtout lorsqu'il est parlé d'arthropathie tabétique, affection aujourd'hui bien connue.

MM. GRÉHANT et QUINQUAUD ont mesuré la pression que pouvait supporter une artère avant de se rompre. Ils se sont servis d'un manomètre à air libre. Les artères carotides d'un chien peuvent supporter jusqu'à 11 atmosphères; de plus, l'élasticité reste parfaite jusqu'au moment de la rupture, qui est toujours brusque. Des artères de vieillards ont supporté jusqu'à 5 ou 6 atmosphères; chez certains qui avaient succombé à l'hémorrhagie cérébrale, la résistance ne dépassait pas 3 atmosphères. De plus, il peut exister une différence de 1 atmosphère entre les carotides droite et gauche. Les veines peuvent supporter 5 à 6 atmosphères.

M. F. FRANCK dit que tous les faits qui ont rapport à résistance des artères sont connus depuis de longues années. M. Marey, qui a poussé très loin cette étude, en a consigné à diverses reprises les résultats dans ses travaux. Aussi s'étonne-t-il un peu du chiffre énorme de 11 atmosphères qui lui semble très élevé. Quant aux artères, leur résistance absolue est toujours moindre que celle des veines, leur résistance limitée étant toujours supérieure.

M. GELLÉ présente deux préparations de l'appareil auditif : il y avait ankylose complète du tympan et des osselets, et oblitération de la fenêtre ronde et de la fenêtre ovale. Cependant, le malade avait, quoique sourd, pu entendre pendant la vie. GILLES DE LA TOURETTE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 10 *mars* 1885. — Présidence de M. Bergeron.

M. M. Duval lit un rapport sur le *prix Orfila.*

M. Roger fait la lecture d'un rapport sur le *prix d'hygiène* de l'enfance.

Suite de la discussion sur la dépopulation en France. — M. Th. Roussel s'élève contre cette opinion que notre race n'est plus suffisamment prolifique. L'insuffisance de notre natalité est le fait de conditions sociales multiples dont l'action, malheureusement, est complexe, obscure, fort difficile à mesurer et à combattre. Si nous sommes impuisants à réagir sur la natalité, il ne saurait en être de même sur la mortalité des nouveau-nés. Afin de diminuer cette mortalité, il conviendrait, avec M. Hardy, de prendre des mesures pour l'application plus générale et plus rigoureuse de la loi de la protection des enfants du premier âge. Les premiers resultats qui aient été obtenus sont des plus encourageants, car ils établissent que la mortalité est inférieure aujourd'hui à celle d'autrefois. Le nombre des enfants protégés par la loi augmente annuellement : cet accroissement n'est malheureusement pas l'indice d'une augmentation de la natalité. D'une façon générale on peut affirmer que là où la loi de protection a été appliquée, elle a donné des résultats satisfaisants : il importe donc de perfectionner et de compléter cette loi en remédiant aux desiderata qu'elle présente. En conséquence, M. Th. Roussel demande à l'Académie de vouloir bien nommer une Commission dont le but serait de centraliser tous les résultats obtenus par l'application de la loi de protection de l'enfance, afin d'étudier et de proposer les modifications qui seraient de nature à étendre les bons effets de celle-là.

L'Académie se constitue en comité secret à l'effet d'entendre la lecture du *rapport* de M. Empis sur les titres des candidats à une place de *membre associé national* dans la première division. Sont présentés en première ligne, M. Desgranges (de Lyon) ; en deuxième ligne, M. Durand-Fardel ; en troisième ligne, M. Denucé (de Bordeaux).

A. J.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 11 *mars* 1885. — Présidence de M. Horteloup.

M. Trélat, à propos de la communication de M. Lucas-Championnière et des phénomènes d'atrophie musculaire que le malade avait présentés, rapporte deux observations d'ostéomyélite où ces mêmes symptômes d'atrophie ont été constatés. Le premier cas a trait à un jeune homme de 16 ans atteint d'ostéomyélite du péroné et chez lequel l'atrophie s'était montrée très rapidement ; l'autre exemple est emprunté à un jeune homme de 19 ans, chez lequel M. Trélat avait diagnostiqué une ostéomyélite traumatique de l'extrémité supérieure de l'humérus. En présence de ces deux faits, M. Trélat pense qu'il y a lieu de tenir compte de l'atrophie musculaire comme faisant partie du cortège des symptômes de l'ostéomyélite, et qu'il y a peut-être un rapport à établir entre cette atrophie excessivement précoce et l'ostéomyélite.

M. Lucas-Championnière admet comme très possible et soutenable l'explication de M. Trélat ; mais chez son malade, les choses se sont passées un peu différemment et les phénomènes ont été bien singuliers. Lorsque l'atrophie est apparue, son malade était en parfaite santé et il avait déjà subi plusieurs opérations. Cette atrophie, qui était complète, disparut à la suite d'un traitement par l'électricité, et ce n'est qu'après cette heureuse terminaison de l'atrophie que l'ostéomyélite de la hanche se montra. Il y a là un ensemble de faits très complexes et qui demande de nouvelles recherches.

M. Le Dentu rapporte une observation d'ostéomyélite accompagnée d'accidents graves du côté des articulations du genou. L'arthrotomie d'un côté, et une ponction articulaire de l'autre eurent raison des accidents, et actuellement le résultat est des plus satisfaisants.

M. de Saint-Germain cite un fait semblable où le malade dut son salut à une arthrotomie pratiquée pour une arthrite purulente du genou. Aujourd'hui la guérison est complète.

M. Poullet fait remarquer, à propos de l'atrophie musculaire dans l'ostéomyélite, que l'on pourrait peut-être rechercher l'explication du fait dans un foyer ou des foyers disséminés de névrite infectieuse.

M. Nicaise rappelle que dès qu'une lésion irritative chronique se montre sur un membre, on trouve de l'atrophie musculaire de ce membre et même du membre opposé, mais ces atrophies sont d'ordre réflexe ; il doit en être de même pour l'ostéomyélite.

M. Reclus, dans un fait d'ostéomyélite, a vu que les lésions osseuses s'étendaient jusqu'à l'articulation : on peut donc rapporter jusqu'à un certain point l'altération musculaire aux troubles articulaires.

M. Trélat fait observer qu'il n'a voulu, en citant ses deux observations, que présenter un fait clinique consistant dans l'apparition rapide de l'atrophie musculaire dans deux cas d'ostéomyélite. Quant à l'interprétation qu'il en est donnée, ce sera aux faits cliniques à en démontrer la valeur.

M. Chauvel lit une note sur la valeur des amputations du coude et du genou. Pour ce qui a trait au coude, il ne peut accepter l'opinion de M Verneuil. Pour lui, la désarticulation du coude est une opération d'une bénignité indiscutable, de plus la prothèse est très facile et rend de grands services. Pour ces raisons donc il est d'un avis opposé à M. Verneuil. Quant au genou. il n'en est pas tout à fait de même ; la statistique des chirurgiens américains, les relevés de Caspinski et de Volkmann permettent d'espérer d'assez heureux résultats, et les faits présentés par M. Nepveu à la dernière séance, ne prouvent qu'une chose, c'est que les résultats ne sont pas toujours bons : mais ce serait aller trop loin que de partir de ces cas isolés pour conclure au rejet de l'amputation du genou qui, sans être une méthode excellente, n'est pas non plus une mauvaise méthode.

M. Farabeuf accepte les conclusions de M. Chauvel et vient défendre la désarticulation du genou. Il ne s'appuiera pas sur des statistiques, mais envisagera la question en invoquant les usages des moignons comparés dans les différentes opérations de la jambe et de la cuisse. En effet, dans les opérations de Carden, de Larrey, et dans l'amputation de jambe au lieu d'élection, le but à atteindre est l'indolence du moignon : celle-ci obtenue, on considère le résultat comme satisfaisant. On ne peut donc demander davantage au moignon de la désarticulation du genou. Si jusqu'à ce jour les désarticulations n'ont pas donné de meilleurs résultats, cela tient à deux causes : d'une part, que l'on force trop tôt les opérés à se servir de leur moignon, et de l'autre, que dans le manuel opératoire, on ne garde pas assez de peau. Il conseille, suivant Baudens et Stephen Smith, de sectionner la peau à quatre travers de doigt au-dessous de la tubérosité antérieure du tibia et de faire l'incision en raquette à queue postérieure. A l'heure actuelle, la question ne peut être jugée et on ne pourra se prononcer définitivement sur cette question que lorsqu'on aura apporté une série de désarticulations du genou bien faites.

M. Polaillon a présenté, en 1881, une désarticulation du genou et dont le résultat était très bon. Il avait taillé son lambeau comme le recommande M. Farabeuf.

M. Terrier donne lecture d'un rapport sur un mémoire de M. Dransart à propos du *chlorhydrate de cocaïne comme anesthésique oculaire combiné avec l'anesthésie générale.*

Le but poursuivi par l'auteur était d'insensibiliser l'iris et des expériences qu'il a faites en associant les deux agents cocaïne et chloroforme, il conclut à une demi-insensibilité de l'iris. M. Terrier a repris le modus faciendi de M. Dransart, mais ses résultats sont négatifs. Il obtient parfaitement l'anesthésie de la cornée et de la conjonctive, mais l'iris reste sensible comme à l'ordinaire.

M. Nicaise a opéré un ptérygion après instillation de sept à huit gouttes d'une solution de cocaïne à 2 0/0. Pendant dix minutes qu'a duré l'opération, la malade n'a éprouvé aucune douleur.

M. Terrier ajoute que les résultats qu'il a obtenus sur la cornée et la conjonctive ont toujours été satisfaisants chez les malades atteints d'affections aiguës. Il n'en est pas de même chez ceux qui sont porteurs d'altérations anciennes; chez eux en effet l'anesthésie est incomplète et ils accusent de la douleur.

M. Terrillon présente un malade qui porte au niveau du pli de flexion de l'annulaire un ulcère ayant les caractères d'un mal perforant. Ce malade offre, du reste, les symptômes frustres de l'ataxie locomotrice. On peut donc considérer cette ulcération comme un phénomène trophique de la période prodromique du tabes.

M. Pozzi montre une malade à laquelle il a enlevé une masse ganglionnaire tuberculeuse au niveau de le région carotidienne ; la guérison a été obtenue en 15 jours grâce à l'immobilité absolue de la tête avec une atelle plâtrée en T et des lavages antiseptiques faibles à cause du voisinage des vaisseaux.

M. Lucas-Championnière présente une pince à langue qui aurait l'avantage de se placer facilement et de se retirer de même. A. Damalix.

SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE

Séance du 22 janvier 1885. — Présidence de M. Dureau.

M. Neis a observé, de 1882 à 1884, les populations de l'Indo-Chine qui se rencontrent dans la région sauvage au Nord du Cambodge, les *Laotiens*. Ceux du sud sont très peu civilisés, c'est à peine si parmi eux les mandarins savent lire. tandis que chez les Laotiens du Nord, un grand nombre d'indigènes savent lire le laos et le siamois. Les Laotiens du Sud cultivent fort peu la terre, ils se servent d'esclaves qu'ils se procurent en enlevant des Annamites auxquels ils imposent ensuite le costume laotien. Ces territoires sont sous la dépendance du royaume de Siam. La justice est rendue par les mandarins avec une mansuétude tout extérieure des plus originales; c'est en souriant qu'un juge condamne un accusé à 6 mois de prison, et le sourire aux lèvres que celui-ci entend la sentence. Ailleurs, le mandarin cumule plusieurs fonctions, il juge et ensuite exécute lui-même la condamnation, bâtonnant ou même décapitant le condamné. La polygamie n'existe que chez les mandarins occupant déjà une position importante et même alors il n'y a qu'une seule femme dont le fils puisse succéder au père. Ces femmes sont fort libres dans la maison ; elles peuvent même sortir seules ; or, cette liberté n'est pas sans inconvénients, car, dans la maison, elles vivent côte à côte avec les enfants souvent déjà grands du père de famille, et il arrive souvent ce qui est arrivé à un grand mandarin dont un des fils fut surpris avec une des concubines du père. Le jeune homme fut expulsé et la femme reçut 80 coups de bâton. Les gens du peuple n'ont qu'une femme. Comme coutumes funéraires, les riches sont brûlés à feu nu et les pauvres enterrés ; mais tous ceux qui meurent de maladie épidémique, ainsi que les femmes mortes au moment de l'accouchement, sont jetés dans les rivières ; pendant l'épidémie de choléra, on comprend quels furent les dangers de cette pratique qui répandait la maladie à grande distance. Au Sud du Tonkin, il existe d'autres populations travaillant les métaux et en même temps pasteurs. Ils ne peuvent quitter leur pays sous peine de mourir très facilement de la fièvre. de même d'ailleurs lorsque les Laotiens viennent chez eux, ils meurent également rapidement de la malaria. Au Nord-Est, il existe des populations d'origine chinoise, les Meho, assez civilisées, commerçantes et cultivant bien le sol. Ils fabriquent également des fusils, aussi chaque habitant en possède-t-il un proportionné à sa taille ; les projectiles dont ils se servent sont de petits fragments de bambou armés d'une pointe de verre ou de silex. D'ailleurs, les Chinois depuis 15 ans, envahissent peu à peu tous ces pays et leur nombre augmente chaque année.

Pour M. Fauvel la volonté est une des propriétés inhérentes aux hémisphères cérébraux ; les grandes cellules de la couche corticale accumulent le courant nerveux qui leur parvient des divers sens, elles exercent sur lui une action interruptrice qui le force à s'emmagasiner dans leur intérieur; plus tard, lorsqu'elles le laissent s'écouler et passer librement, elles constituent ainsi une volition. Cette théorie, toute d'interprétation. est combattue à divers points de vue par MM. Laborde et Hervé.

Séance du 5 *février* 1885. — Présidence de M. Dureau.

M. Beauregard fait une longue communication, résultat de compilations nombreuses, sur les populations de Ceylan. Mille ans avant l'ère chrétienne, les Arabes avaient des comptoirs à Ceylan qui était le terme ultime de leur navigation en Orient. Il subsiste encore un élément mahométan qui doit leur être imputé. Les Chinois, eux aussi, avaient des établissements à Ceylan ; les Malais vinrent également se répandre dans l'île longtemps avant l'ère chrétienne ; les Grecs et les Romains visitèrent aussi Ceylan, mais ne s'y établirent guère. Vers le milieu du VIe siècle, des Indiens descendant du Nord de l'Inde, repoussés par les envahisseurs Dravidiens, auraient envahi l'île et y constitueraient le groupe Vaddah. Quelques Dravidiens auraient aussi pénétré dans l'île ; enfin, au XVIe, les Européens apparurent à Ceylan. M. Beauregard ayant admis une origine commune pour les Malais, les Veddahs et les Dravidiens, est vivement combattu par M. Hovelacque, qui montre les différences multiples qui séparent les deux races ; forme du crâne sous-brachycéphale pour les Malais et dolichocéphale chez les Veddahs ; peau foncée et longue barbe de ceux-ci ; peau claire et face imberbe chez les premiers, etc.

M. Vinson à son tour rappelle que la langue cinghalaise n'est pas une langue dravidienne, mais une langue aryenne ; les noms des notes en cinghalais, par exemple, sont les mêmes qu'en sanskrit.

M. Manouvrier communique une note sur la modification générale du profil encéphalique et endocrânien dans le passage à l'état adulte chez l'homme et chez les anthropoïdes. Il résulte de ses nombreuses mensurations, pratiquées sur des crânes sciés, un premier fait c'est que la région la plus antérieure du cerveau, celle dont les variations quantitatives sont le plus étroitement liées aux variations intellectuelles, occupe chez le gorille jeune un espace très grand relativement à la région postérieure du cerveau. Or, on sait que cette dernière région acquiert chez les animaux un développement absolu et surtout relatif très considérable Donc, il y a là chez le jeune, une supériorité frontale relative par rapport à l'adulte. Relative en effet, car une étude plus approfondie montre que le développement du cerveau antérieur acquiert rapidement chez l'animal jeune son summum, puis reste stationnaire chez l'adulte tandis que chez ce dernier, seules les régions inférieures, centrales et postérieures se développent. D'où il suit que le gorille atteint son maximum intellectuel vers l'âge de deux ans, puis reste stationnaire dès lors à ce point de vue. Dans l'espèce humaine, au contraire, le développement du cerveau se fait suivant tous les diamètres. A partir de l'enfance, la base du crâne s'allonge dans toutes ses parties, le trou occipital se trouve reporté en arrière, comme chez les singes, mais en même temps la courbe frontale et la courbe endocrânienne totale s'accroissent dans toute leur étendue. Il est enfin un dernier point important à signaler, c'est que tous les diamètres cérébraux sont plus grands chez l'homme que chez l'anthropoïde. Or, comme le développement des appareils de la nutrition et de la locomotion est supérieur chez le gorille, à ce qu'il est chez l'homme, il s'ensuit que l'agrandissement de la surface et du diamètre cérébraux chez l'homme correspond à un perfectionnement, portant aussi bien sur la région frontale intellectuelle, que sur les régions motrices et occipitales. L. Capitan.

REVUE DES MALADIES NERVEUSES

I. De l'épilepsie dans l'hémiplégie spasmodique infantile; par Th. Wuillamier Th. de Paris, 1882.

II. Etude sur la meningite tuberculeuse de l'adulte (les formes anormales en particulier); par A. Chantemesse. Th. de Paris 1884.

III. Des accidents vertigineux et apoplectiformes dans le cours des maladies de la moelle épinière; par C. Giraudeau. Th. de Paris, 1884.

I. M. Wuillamier a mis à profit une année d'internat dans le service de M. Bourneville, à Bicêtre, pour y étudier une variété assez spéciale d'épilepsie : celle qu'on observe dans l'hémiplégie spasmodique infantile. Cette forme se caractérise à la fois par ses symptômes spéciaux, son évolution, sa terminaison, son pronostic et les lésions qui la dominent. Aussi mérite-t-elle d'occuper une place à part en pathologie. Le syndrome décrit par l'auteur, débute chez de jeunes enfants par des convulsions, se répétant sous forme d'état de mal; les convulsions sont limitées à un côté du corps, ou tout au moins prédominent d'un côté, et cela à un haut degré. Elles sont suivies, plus ou moins rapidement, d'une hémiplégie du même côté, laquelle peut être plus ou moins complète, et se compliquer d'arrêts de développement, de contracture, d'hémichorée, d'athétose, de troubles trophiques divers, enfin, mais rarement d'hémianesthésie. — Après un temps indéterminé et variable, surviennent des crises épileptiques, souvent précédées d'aura, parfois réellement partielles et limitées au côté paralysé, surtout au début; d'autres fois, généralisées, mais avec prédominance des accidents du côté paralysé. — La succession fatale de ces symptômes permet de les classer en trois périodes : 1° période des convulsions : 2° période de paralysie; 3° période d'épilepsie. Fait important, il n'est pas impossible de voir les accès épileptiques se raréfier et disparaître complètement vers l'âge de quarante ou cinquante ans. — On trouve constamment à l'autopsie des lésions cérébrales corticales. Ce sont généralement des lésions d'atrophie cérébrale partielle, paraissant souvent primitives (encéphalites), d'autres fois consécutives à des lésions variables (plaques jaunes, kystes, etc.) et accompagnées de dégénération secondaire.

La thèse M. Wuillamier renferme un assez grand nombre d'intéressantes observations, recueillies avec un très grand soin et une remarquable minutie de détails, sous la direction de M. Bourneville. Quelques-unes sont accompagnées de dessins. A la fin du travail figurent deux planches lithographiées, artistement dessinées par Leuba, et représentant les faces interne et externe des deux hémisphères cérébraux de l'un des malades dont le cas est rapporté au cours de la thèse.

II. M. Chantemesse a choisi pour sujet de sa thèse inaugurale l'histoire de la *méningite tuberculeuse de l'adulte*. L'auteur a été heureusement inspiré en abordant une étude qui, depuis longtemps, était attendue. Il s'est attaché plus spécialement à l'étude des formes anormales. Il décrit d'abord une forme *latente*. Celle-ci est rare, exceptionnelle même, si l'on n'entend par là que la méningite découverte à l'autopsie. Le plus souvent, sous cette forme, la méningite se dissimule seulement pendant un temps plus ou moins long, pour s'annoncer tout à coup par une attaque apoplectiforme, épileptiforme ou délirante, que le coma mortel suit à bref délai. Cette modalité clinique a une préférence marquée pour les cachectiques et les perhémiees.

La plus curieuse et l'une des plus fréquentes des formes de la méningite tuberculeuse de l'adulte est la forme *délirante*. Elle mérite d'être distinguée en deux variétés : le type aigu, dont la terminaison mortelle est rapide et rarement retardée jusqu'au 15° ou 20° jour; le type chronique, durant une ou plusieurs années. Ce dernier est particulièrement insidieux et grave, plus encore au point de vue social qu'individuel. — Le délire aigu peut être le premier phénomène nettement appréciable; tantôt il se poursuit sans interruption jusqu'au coma, tantôt il est interrompu par une rémission momentanée. Il peut ressembler à la manie aiguë, furieuse, ou évoluer plus doucement. Il est modifié par l'état constitutionnel du sujet; les buveurs présentent le délire professionnel de l'alcoolisme. Parfois, il s'affirme par des tendances érotiques d'une incroyable violence et la méningite ne peut pas être considérée ici comme le réactif pathologique qui décèle les appétits d'un individu; il se montre chez des personnes dont la vie antérieure ne laissait pas soupçonner de telles exagérations. Ce délire n'affecte aucun rapport constant avec l'état de la température, et cette particularité a été parfaitement mise en relief par M. Jaccoud. Il est remarquable que dans la méningite tuberculeuse de l'adulte l'évolution tout entière peut avoir lieu sans que la température dépasse le degré normal. — Le délire chronique prémonitoire d'une phlegmasie ultérieure des méninges est extrêmement insidieux. Il ne s'agit, le plus souvent, que d'un affaiblissement d'intelligence qui va progressant pendant plusieurs années, d'une insouciance excessive, d'une incapacité intellectuelle, d'une perversion des facultés qui ne permet plus qu'une appréciation défectueuse des actes de la vie. Mais à côté de ces troubles cérébraux qui n'atteignent que l'individu, il en est d'autres dont le caractère est à la fois plus dangereux et plus dissimulé, et qui conduisent les patients à subir les condamnations légales même les plus graves.

La troisième forme mérite le nom de *spinale*, à cause de son mode de début; elle n'est pas très rare chez les poitrinaires; lorsqu'elle apparaît comme première manifestation de la tuberculose, elle simule, par sa marche envahissante, l'évolution d'une myélite ascendante jusqu'au jour où des accidents céphaliques viennent déceler la tuberculose cérébro-spinale.

Enfin, la quatrième forme peut être désignée sous le nom d'*hémiplégique*. Elle a son caractère dans la localisation de la lésion, qui se cantonne dans une plaque de méningo-encéphalite tuberculeuse plus ou moins étendue, mais toujours nettement circonscrite. Suivant le siège, elle fait naître des symptômes différents, et ce n'est que dans une acception quasi schématique qu'on doit prendre l'épithète *hémiplégique*. En effet, si la plaque est adhérente à la circonvolution de Broca, le phénomène le plus saillant est l'*aphasie* motrice, si elle siège, ce qui est fréquent, au niveau du lobule paracentral, on a une *monoplégie crurale*.

Les plaques méningitiques peuvent se trahir tout à coup, que l'individu soit bien portant ou manifestement tuberculeux, par une attaque d'épilepsie jacksonnienne ou par une monoplégie ou une hémiplégie, et ces symptômes sont isolés momentanément de toute autre manifestation méningitique.

M. Chantemesse, après avoir ainsi tracé la description des symptômes et des formes cliniques, a repris l'étude histologique des lésions de la méningite tuberculeuse, et il s'est attaché à montrer que le processus anatomique a sa source, sans compter la phlegmasie méningée, dans une inflammation subaiguë qui frappe les vaisseaux, les éléments nerveux et surtout les cellules de la névroglie. Celles-ci se gonflent, leur noyau prolifère et elles finissent par se creuser d'une alvéole remplie d'un exsudat liquide. C'est par l'accroissement de cet exsudat qu'elles sont distendues, déformées et succombent à la désintégration moléculaire.

On peut juger par l'analyse qui précède de l'originalité et de l'intérêt que présente le travail de M. Chantemesse. C'est un ouvrage de la lecture duquel on ne saurait se dispenser.

III. L'intention de l'auteur, en entreprenant son étude, a été de montrer que les manifestations bulbaires et cérébrales, décrites ordinairement sous les noms de « vertiges, étourdissements, pertes de connaissance, attaques congestives », peuvent se montrer à titre de complication dans un grand nombre d'affections médullaires et qu'elles n'appartiennent en propre à aucune d'entre elles. Elles établissent au contraire un lien commun, elles sont en quelque sorte un trait d'union entre des affections qui n'ont au premier abord aucune affinité. Envisagés à ce point de vue, ces accidents vertigineux et apoplectiformes représentent en

quelque sorte un syndrome qui revêt dans toutes les maladies où on le rencontre des caractères communs, et dans chacune d'elles, revêt en outre des allures particulières.

La première partie de cette thèse est donc consacrée à la description de ces accidents en tant que manifestation morbide; chemin faisant, l'auteur insiste cependant de préférence sur les symptômes qui ont été peu etudiés jusqu'ici. C'est ainsi que nous trouvons signalée la fréquence du vertige auriculaire chez les ataxiques tout particulièrement, les causes d'erreur qui peuvent confondre le vertige oculaire proprement dit avec diverses sensations vertigineuses dues à des lésions des muscles de l œil. L'élévation de la température centrale dans les ataques apoplectiformes y est notée dans plusieurs observations et donnée comme moyen de diagnostic de ces attaques d'avec l'hémorrhagie cérébrale, l'urémie, etc., qui peuvent à un moment donné venir compliquer toutes les affections de la moelle.

La seconde partie est réservée à l'étude de chaque affection médullaire en particulier; celles dans lesquelles on peut voir survenir des vertiges et des attaques dites congestives sont, par ordre de fréquence, la sclérose en plaques, l'ataxie locomotrice, les myélites chroniques diffuses, peut-être l'atrophie musculaire progressive, on les rencontre encore dans les lésions localisées à la région cervicale de la moelle, ces troubles sont alors d'autant plus fréquents que la zone lésée avoisine davantage le bulbe; ils coexistent souvent alors avec le pouls lent permanent, les troubles oculo-pupillaires, les attaques syncopales ou épileptiformes. Ils font défaut dans les affections localisées à la région dorsolombaire de la moelle, de sorte qu'on ne peut les expliquer par une action à distance. Ils peuvent apparaître à toutes les périodes de l'affection, mais acquièrent leur plus grande fréquence au début de celle-ci. Ceux qui se montrent à une periode avancée de la maladie sont d'un pronostic beaucoup plus grave que lorsqu'ils apparaissent au début. Chez bon nombre de malades, ils accompagnent des phénomènes d'ordre cérébral: délire passager, perte de la mémoire, hémiplégie, etc.; ou bulbaire: embarras de la parole, paralysie oculaire, surdité, crises laryngées, etc. Enfin, ils sont parfois l'occasion de l'apparition des premiers troubles locomoteurs; lorsque ceux-ci existent déjà, ils s'aggravent brusquement. Cette période d'aggravation est suivie d'une phase de rémission pendant laquelle les troubles locomoteurs diminuent, mais sans jamais atteindre le degré qu'ils présentaient avant l'attaque. De sorte qu'en définitive, chacune d'elles peut être considérée comme une poussee aiguë.

Dans le chapitre consacré à la physiologie pathologique, l'auteur critique l'épithète de *congestive* donnée à la plupart de ces accidents; car la congestion encéphalique n'existe pas dans tous les cas. Elle apparaît surtout lorsque l'attaque apoplectiforme s'est prolongée, lorsque la respiration s'est embarrassée progressivement et qu'une asphyxie agonique s'est manifestée. Dans les cas, au contraire, où la mort survient rapidement, la congestion encéphalique fait défaut ou est peu prononcée. Aussi l'auteur, en définitive, considère-t-il la congestion encéphalique bien plus comme l'effet que comme la cause des attaques apoplectiformes.

Chez tous les sujets ayant succombé dans le cours d'une de ces attaques, M. Giraudeau a trouvé des altérations soit des hémisphères cérébraux. soit du mésocéphale. Elles consistent généralement en foyers scléreux et peuvent être assimilés aux tumeurs cérébrales et aux vieux foyers d'hémorrhagie ou de ramollissement intra-hémisphériques, lesquels sont susceptibles d'engendrer des attaques apoplectiformes sans qu'il soit nécessaire de faire intervenir, pour les expliquer, l'hypothèse d'une congestion encéphalique.

La thèse de M. Giraudeau est écrite dans un style sobre et concis. Les faits y sont habilement groupés. Ce travail constitue une étude de séméiologie des plus intéressantes.

GILBERT BALLET.

BIBLIOGRAPHIE

Précis de médecine opératoire, aide-mémoire de l'élève et du praticien; par le Dr Ed. LE BEC, prosecteur de l'Amphithéâtre des hôpitaux. — Paris, J.-B. Baillière, 1885.

En écrivant ce *Précis* de médecine opératoire, l'auteur s'est proposé, comme il le dit dans sa préface, de donner de chaque opération une description aussi succincte que possible et de mettre toujours en regard de la description la figure ou les figures qui s'y rapportent, de manière que le lecteur pût, sans feuilleter et sans s'attarder à lire des phrases inutiles, voir dans le livre ouvert devant lui, à côté du sujet, sur la table d'amphithéâtre, tout ce qui lui est strictement nécessaire pour pratiquer son opération.

La tâche que s'est proposée M. Le Bec n'était pas sans difficultés : rien de plus malaisé que de dire juste assez, ni trop ni trop peu. Examinons le plan et la méthode suivis par l'auteur, et voyons s'il a réussi.

Sa méthode de description consiste à écourter, autant que possible, les phrases, et, sans aller, bien entendu, jusqu'à parler *nègre*, à employer un style qu'il compare lui-même au style télégraphique. Les verbes sont autant que possible à l'infinitif; la phrase est dégagée de tout ornement superflu. Les réflexions nécessaires à propos de chaque méthode sont faites aussi brièvement que possible. Toute appréciation sur la valeur des diverses méthodes et des divers procédés est supprimée.

Dans un chapitre de préliminaires, l'auteur décrit les diverses méthodes d'anesthésie et les pansements antiseptiques. Il traite ensuite des ligatures d'artère, des amputations et désarticulations, des résections. Cette première partie est celle qui nous paraît le mieux atteindre le but que s'est proposé l'auteur.

Il aborde les opérations spéciales sur les os, trépan, ostéotomie, ostéoclasie, puis les opérations qui se pratiquent dans les parties atteintes d'abcès tuberculeux, la résection de quelques nerfs, l'ongle incarné, la transfusion du sang, les opérations pour la syndactylie, etc. Toutes ces opérations sont décrites très brièvement, toujours d'après la même méthode rapide.

Procédant ensuite par régions, M. Le Bec décrit les opérations qui se pratiquent sur les paupières et sur les yeux, les oreilles, le nez, la bouche, le cou, le thorax, l'abdomen, les organes génito-urinaires. En un mot, il passe en revue presque toutes les opérations de la chirurgie. Nous serons obligé de faire quelques réserves sur cette seconde partie, qui nous paraît un peu inférieure à la première, et voici pourquoi :

Dans la première partie, il s'agit surtout de répéter des opérations d'amphithéâtre, opérations classiques et déjà supposées connues du lecteur. au moins d'une manière générale. Un aide-mémoire très court et très précis suffit donc parfaitement et peut même être des plus utiles. Dans la seconde partie, au contraire, où il est question d'opérations qui varient très notablement selon les cas, le lecteur ne saurait se contenter des descriptions par trop brèves contenues dans ce livre et ne saurait y trouver tous les renseignements nécessaires pour aborder la pratique des opérations spéciales comme celles qui se pratiquent sur les yeux, les oreilles, les voies urinaires, etc. Ajoutons que, en raison de l'étendue par trop grande du sujet, M. Le Bec a dû passer sous silence quelques opérations importantes comme les diverses méthodes d'ablation des polypes naso-pharyngiens, l'extirpation du corps thyroïde, etc.

En résumé, malgré les légères critiques que l'on peut adresser à son travail, nous pensons que M. Le Bec a fait une œuvre utile et que la première partie de son livre surtout sera précieuse pour les étudiants ou les médecins qui voudront se rappeler les points de repère soit pour une ligature soit pour une désarticulation ou une résection. Quant à la seconde partie de l'ouvrage elle pourra sans doute être consultée comme *memento*, mais elle ne saurait dispenser le chirurgien de chercher dans les traités

spéciaux une description plus complète et des renseignements qui ne pouvaient trouver leur place dans l'ouvrage de M. Le Bec. A. MALHERBE.

Essai sur la dilatation adynamique de l'estomac (forme douloureuse); par ENRIQUE DE ARGAEZ. Thèse de Paris, 1884. — Asselin et Cᵉ, éditeurs.

Cette thèse a été écrite sous l'inspiration du professeur G. Sée. Aussi ne fait-elle que reproduire la plupart des conclusions parues cette année dans la Revue mensuelle, (mémoire de MM. G. Sée et Mathieu).

Il y a là toute une théorie sur l'atonie spasmodique qu'il faut lire dans le travail original. Les autres variétés de dilatation stomacale ne sont pas étudiées dans cette thèse.

CHAMBRE DES DÉPUTÉS.

Projet de loi ayant pour objet l'utilisation agricole des eaux d'égout de Paris et l'assainissement de la Seine.

Ce projet a été déposé le 19 février dernier. Les bureaux se sont réunis le 10 mars à l'effet de nommer la Commission chargée d'examiner le projet. Elle est composée de MM. Drumel, Remoiville, Langlois, Floquet, Barodet, H. Maze, Bourneville, Escande, Hervé-Mangon, Lebaudy, Escanié. Six membres sont favorables au projet: MM. Barodet, Bourneville, Escande, Escanié, Floquet et Hervé-Mangon; un est douteux, quatre sont contre.

CONSEIL MUNICIPAL

De l'admission des Etudiants étrangers à l'internat des hôpitaux.

Dans sa séance du 6 mars, le Conseil municipal a discuté cette question. La discussion s'est terminée par le vote du vœu suivant:

Le Conseil, « Considérant que s'il est indispensable que les emplois politiques ou administratifs soient exclusivement confiés à des nationaux, il n'en saurait être de même pour des fonctions scientifiques ou de bienfaisance telles que celles d'internes ou d'externes dans les hôpitaux;

« Considérant que la tradition de la science française a toujours été d'ouvrir généreusement son enseignement, ses amphithéâtres, ses laboratoires et ses hôpitaux à tous, sans distinction de nationalité;

« Considérant que nos malades ont tout intérêt à être soignés par ceux qui, dans les concours, sont désignés comme les plus capables, d'où qu'ils viennent, et que, d'ailleurs, la faible rémunération allouée aux externes ou aux internes des hôpitaux est largement compensée par les services qu'ils rendent.

« Le Conseil, « Invite M. le Directeur de l'Assistance publique à admettre comme par le passé tous les Etudiants en médecine au concours de l'internat, sans distinction de nationalité. Signé: Robinet, Pichon, Chautemps, Vaillant, Dreyfus, Delhomme.

Après le vote du vœu de M. Robinet, le Conseil a adopté le vœu ci-dessous:

« Le Conseil émet le vœu que la qualité de français soit exigée des concurrents au Bureau central des hôpitaux et au prosectorat. Signé: Levraud. » — Adopté.

Nous reviendrons, dans le prochain numéro, sur cette discussion intéressante.

VARIA

Assainissement de Paris.

M. Alfred DURAND-CLAYE, ingénieur en chef des ponts et chaussées, professeur aux écoles nationales des Beaux-Arts et des Ponts et Chaussées, a fait, sous les auspices de la bibliothèque populaire du 5ᵉ arrondissement, une nouvelle conférence sur son sujet favori: l'*assainissement de Paris*. — Cette conférence empruntait un intérêt particulier aux circonstances fâcheuses que nous traversions à l'époque à laquelle elle a eu lieu, c'est-à-dire au mois de novembre dernier. — M. Durand-Claye a fait ressortir la situation d'infériorité hygiénique où se trouve notre capitale, spécialement dans les quartiers excentriques et populeux; notre mortalité totale est de 29 décès pour 1000 habitants? celle de Londres est de 23; celle de Bruxelles de 24; la fièvre typhoïde fait chez nous 75 victimes sur 111,000 citoyens; à Londres ce chiffre n'est que 21; de même la diphthérie est 4 fois plus meurtrière à Paris qu'à Londres. — La maladie frappe toujours les mêmes quartiers: la Villette, Saint-Gervais, l'École militaire, les Quinze-Vingts, etc. Les quartiers riches échappent au mal; la répartition de la récente épidémie de choléra a été une nouvelle preuve de cette règle sociale.

Le problème à résoudre se résume, pour M. Durand-Claye, en deux termes simples: évacuer immédiatement, à l'aide de l'eau comme véhicule, tous les produits usés, vidanges, eaux ménagères, etc., et les faire circuler rapidement et sans arrêt du lieu de production jusque dans la banlieue. — Là, destruction, ou mieux, revivification de la matière organique par les grandes forces de la nature. — Après quelques mots sur les ordures ménagères, dont le service semble assez régulier pour l'instant, le conférencier est entré en plein dans le sujet en donnant la description de notre système barbare de vidanges: fosses fixes, conservant les matières sous nos habitations, cabinets sans eau et sans siphon, tuyaux d'évent infectant successivement les habitations et l'atmosphère. — La fosse conduit fatalement à la guerre à l'eau, puisque l'extraction du mètre cube de vidange coûte 4 à 7 fr., tandis que l'eau pure n'a coûté que 30 à 40 centimes. — L'eau s'introduit néanmoins dans les maisons, et les vidangeurs se voyant privés de la matière *pure*, seule rémunératrice pour leurs usines dont l'infection n'est que trop connue des habitants de la banlieue, ont imaginé la tinette-filtre, fosse au petit pied, retenant sous le tuyau de chute d'immondes débris débordant dans les caves et infectant l'égout où elle envoie, sans la moindre précaution, ses matières à moitié fermentées. Une visite dans la plupart de nos maisons, dans les casernes, dans les hôpitaux, montre l'état déplorable de nos latrines desservies par la fosse-fixe ou la tinette.

La réforme, dont M. Durand-Claye a été assez heureux pour faire adopter les traits essentiels par la Commission préfectorale d'assainissement et dont les bases ont été mises récemment aux enquêtes après un vote conforme du Conseil municipal, s'inspire en partie des faits constatés en Angleterre, où l'hygiène privée et publique a pris une importance si considérable. A l'origine, il convient d'établir la responsabilité de la propreté et de donner un cabinet spécial à chaque logement, en supprimant autant que possible les lieux communs infects de nos maisons d'ouvriers. — Puis il faut l'eau dans tous les cabinets, 10 litres au moins par visite, arrivant sous forme de chasse vigoureuse, par des appareils simples, faciles à visiter constamment. — Au-dessus de chaque orifice d'évacuation, cuvette, pierre d'évier, etc., on placera un siphon hydraulique, simple inflexion de la conduite, toujours pleine d'eau, empêchant tout retour d'air offensif. — La canalisation de l'immeuble sera simple en plan et en élévation, évitant les sinuosités et les coudes brusques, munie de regards de visite, largement aérée; elle n'est qu'un lieu de passage, où les matières fermentables doivent passer rapidement, largement baignées d'air et d'eau. — A la sortie de la maison, un dernier siphon sépare la canalisation intérieure de la canalisation publique. Ce siphon sera placé, avec le compteur des eaux d'alimentation, dans le branchement particulier de chaque maison dont le mur terminal sera reporté au droit de l'égout public, afin d'éviter le reflux des eaux de ce dernier sur le radier du branchement. — On proscrira les appareils bizarres ou inefficaces qui, sous le nom de *Gueule de cochon* ou de *Dauphin*, ont été adoptés jusqu'ici à la place du siphon hydraulique si simple et si efficace dans sa simplicité. Toutes ces mesures, soumises à la population parisienne dans l'enquête récente, ont reçu l'approbation d'une immense majorité, 5,000 *oui* contre 509 *non*. — Elles ont fait leurs preuves dans plusieurs immeubles et établissements publics importants.

Mais, objecte-t-on, le service des eaux d'alimentation dans la ville de Paris permet-il l'application de ce système d'évacuation directe, complète et immédiate? — M. Durand-Claye a fait observer qu'à raison de 10 litres par tête, le service des cabinets n'exigerait que 22,300 m. c. en 24 heures; qu'une dose de 50 litres par tête consacrés à l'ensemble des besoins domesti-

ques ne correspondait qu'à 111,500 m. c. et une dose de 100 litres à 223,000 m. c. Or, durant les 7 premiers mois de 1884, il a été amené chaque jour à Paris 382,000 m. c. en 24 heures dont 136,000 m. c. d'eau de source; cela fait 170 litres disponibles par tête; en juillet, cette dose a atteint 190 litres. Mais les états de la Compagnie des eaux n'indiquent comme consommés que 114.000 m. c., dont 49,000 d'eau de source; ainsi la consommation n'est que du tiers de l'eau disponible. Et ce qu'il y a de fâcheux, c'est que ce sont les mauvais quartiers, les quartiers populeux et pauvres, qui sont déshérités, n'ayant à leur disposition, par le fait des propriétaires, que 11 à 15 litres par tête d'habitant et par jour. Or, ce sont précisément les quartiers toujours frappés par les épidémies. Il y a donc de l'eau disponible; il faut seulement l'introduire largement dans la maison.

Quant au système d'évacuation sur la voie publique, M. Durand-Claye fait remarquer que, dès aujourd'hui, 200,000 m. c. d'eau servent aux lavages de la chaussée et des égouts; c'est un cube dont ne dispose aucune autre capitale de l'Europe. En outre, nous avons un magnifique réseau d'égouts : le Conférencier a rappelé, en termes émus, la grande part qui revient dans la création de ce reseau à l'éminent ingénieur Belgrand; c'est Belgrand qui a porté à plus de 600,000 mètres la longueur des galeries; c'est lui qui a construit les collecteurs qui affranchissent la Seine de toute pollution jusqu'à Clichy; c'est lui qui a donné à nos galeries ces formes si larges et si heureuses qui permettent de faire circuler dans les cunettes les eaux d'égout d'ordinaire et de recueillir sous la voûte supérieure les plus grandes pluies d'orage, tout en y logeant le réseau des conduites de distribution, les télégraphes, etc.; c'est lui enfin qui a imaginé et fait appliquer les moyens si ingénieux de chasse automotrice à l'aide de boules, de wagons et bateaux-vannes; avec quelques réservoirs spéciaux et avec l'outillage Belgrand, il n'est pas un point du réseau qui ne puisse être entretenu aussi proprement que nos chaussées superficielles. Enfin, les usines de Clichy peuvent, en temps de crue, épuiser le débit des collections et empêcher l'action retardatrice des flots du fleuve. Quelle raison s'oppose donc à faire rendre à cet admirable instrument au réseau parisien tous les services auxquels le destinait son illustre créateur, c'est-à-dire à tout porter, vidanges, eaux pluviales et ménagères, sans stagnation, sans arrêt sérieux, du centre de Paris aux débouchés de Clichy et de la Chapelle?

Il est clair, du reste, qu'à ces débouchés, il ne convient pas de laisser polluer le fleuve : l'état de la Seine est depuis longues années déplorable au-dessous de Clichy. — Faut-il prolonger les collecteurs jusqu'à la mer? Mais qu'obtiendrait-on à leur nouveau débouché? La même infection qu'à leurs débouchés actuels, aggravée par le jeu des marées : en outre les travaux seraient gigantesques; pour donner au canal une pente de 0 m. 001 par mètre, il faudrait élever les eaux de 300 mètres, soit 3 fois la hauteur des buttes Montmartre. — Les procédés mécaniques ou chimiques de décantation et de précipitation ne font que clarifier les eaux, sans les purifier; elles deviennent plus ou moins claires, mais restent infectées. Les boues résultantes sont difficiles à manier; enfin la dépense est excessive, 1 ou 2 millions par an uniquement pour les réactifs. C'est aux grandes forces de la nature qu'il faut s'adresser; la nature crée les sources les plus pures en faisant passer les eaux boueuses des orages à travers les terrains perméables. — C'est le même procédé qui a été appliqué à Gennevilliers depuis 15 ans; l'eau d'égout circule dans des raies nombreuses, qui séparent des planches de riches produits agricoles : elles deviennent absolument pures et nourrissent au passage les radicelles des plantes. — On sait les résultats obtenus à Gennevilliers : cultures luxuriantes, excellent état sanitaire, eaux souterraines irréprochables; augmentation du prix de fermage dans la proportion de 1, 3. — L'opération peut et doit se compléter sur les caps perméables de la Seine; le plus convenable après Gennevilliers est le cap d'Achères, qui termine la forêt de Saint-Germain et se compose de fermes arides et de taillis rabougris. Le Conférencier a excité l'hilarité de l'auditoire en montrant un plan sur lequel on voyait la ville de Saint-Germain, centre de la résistance aux projets de l'administration, quatre fois plus éloignée des irrigations projetées que ne l'est Montmartre de la plaine de Gennevilliers. — M. Durand-Claye a terminé sa conférence en citant l'opinion d'un grand savant, Dumas, et d'un grand poète, Victor Hugo, qui, tous deux, appelaient de leur vœu l'organisation du grand corps parisien, recevant par ses artères (conduites d'eau pure) le liquide vivifiant et renvoyant par ses veines (système d'égout), le liquide usé qui ira se recréer sur le vaste poumon des terrains épurateurs.

Autopsie proprement dite. (1)

XV. Examen des organes contenus dans le bassin.

Les organes du bassin ont dû, lors de l'inspection de la cavité abdominale, être l'objet d'un premier examen, surtout en ce qui concerne la forme, la coloration, etc , et en général tous les caractères des organes susceptibles d'être modifiés pendant l'autopsie des autres parties. Il n'y a donc maintenant qu'à revenir sur certaines particularités, et à faire une description plus détaillée des lésions dont l'étude complète a été réservée.

Beaucoup d'auteurs recommandent de pratiquer l'examen des organes contenus dans le bassin aussitôt après l'examen des reins. Ils se basent sur la relation intime qui existe entre les diverses parties de l'appareil urinaire, et entre celui-ci et les organes génitaux. Cette raison est certainement digne d'être prise en considération dans un certain nombre de cas où il y a intérêt majeur à ne pas détruire la continuité de lésions s'étendant à tout l'appareil urinaire, mais en règle générale, nous croyons préférable de réserver l'enlèvement des organes du bassin après celui de l'intestin.

L'examen anticipé des organes génito-urinaires nécessite en effet fréquemment l'enlèvement, non seulement du rectum, mais encore celui de l'anus, et chez la femme en particulier, sinon l'enlèvement de la vulve, tout au moins la section du vagin à une distance très rapprochée de l'orifice vulvaire; il en résulte des ouvertures déclives par lesquelles s'écouleront plus tard les liquides et les matières provenant de l'examen des autres organes de la cavité abdominale. Tout au contraire, fait après l'étude de ceux-ci, l'examen du bassin ne fournit plus qu'une quantité minime de matières pouvant souiller le cadavre et les objets sur lesquels il repose, et il est facile en ce cas de remédier à cet inconvénient en appliquant une compresse au niveau des ouvertures. Ces précautions ont surtout une importance considérable dans les autopsies pratiquées à domicile (2).

Après avoir examiné à nouveau les rapports réciproques des différents organes du bassin, et être revenu sur certains points dont on avait réservé l'étude plus minutieuse pour ce moment, on passe à l'inspection de toutes les parties qui pourraient être endommagées dans l'enlèvement en bloc.

La vessie examinée d'abord sur place est détachée de ses adhérences à la symphyse pubienne, puis avec le couteau ou les ciseaux on pratique sur sa paroi antérieure une incision dans l'axe du corps; elle doit être suffisante pour permettre l'examen *de visu* et l'introduction des doigts dans la surface interne, sans toutefois être assez étendue pour occasionner la perte du liquide contenu qui peut être recueilli au besoin pour un examen ultérieur.

On constate dès l'abord la quantité et la nature du liquide, son absence, etc.; la présence de corps étrangers, l'état des parois, (hypertrophie, diverticules de la vessie, etc.) et de la muqueuse (œdémateuse, hyperémiée, ardoisée dans l'inflammation chronique, infiltrée de pus, recouverte de pseudo-membranes, etc.).

L'S iliaque et le rectum, après examen de leur surface péritonéale (dilatation, forme, adhérences, état du péritoine qui les recouvre, etc) sont détachés du mésocôlon iliaque et du mésorectum; s'ils contiennent des matières moulées, on

(1) Extrait du *Manuel de technique d'autopsie*, par Bourneville et Bricon. Voir *Progrès médical*, nos 43, 44, 46, 47, 48, 50 et 52 (année 1884), et 3, 4, 5, 7 (année 1885).

(2) L'examen des autres organes de la cavité abdominale peut, il est vrai, être cause que les organes génito-urinaires souillés soient modifiés légèrement dans leur aspect extérieur, mais cet inconvénient est de peu d'importance, car ils ont dû être préalablement examinés lors de l'inspection de la cavité abdominale.

essaye d'en sortir une partie par une pression modérée de bas en haut; si au contraire les matières sont liquides, il peut être prudent d'appliquer une double ligature en haut et en bas.

Examen des testicules. — Il se fait avant l'enlèvement en masse des organes du bassin. On constate la position des testicules, puis on les ramène dans le bassin, en leur faisant suivre à nouveau le trajet qu'ils ont parcouru pour descendre dans les bourses, car, même à l'hôpital, il est bon de ne pas toucher aux bourses, à moins qu'elles ne soient elles-mêmes le siège de lésions. Pour faciliter ce refoulement, on agrandit latéralement et sur une étendue suffisante, tant en profondeur qu'en largeur, le *canal inguinal* (hydrocèle du cordon, varicocèle, sac herniaire oblitéré, etc); puis de la main gauche, l'on refoule le testicule vers l'orifice interne élargi du canal, de façon à lui faire faire hernie à ce niveau. Il se présente entouré de sa tunique vaginale, aisément reconnaissable. On incise celle-ci avec précaution dans le sens du grand axe, on constate son état (coloration, adhérences, corps libres, hydrocèle, hématocèle, spermatocèle, etc.) et, continuant à exercer une pression de bas en haut, on la retourne en doigt de gant, au besoin au-dessus d'un verre pour recueillir le liquide qui peut y être renfermé, et dont on note l'apparence.

Le *testicule*, *l'épididyme* se présentent alors nettement à la vue; on pratique sur le bord antérieur une incision longitudinale passant à travers le corps d'Higmore pour gagner l'épididyme (sur lequel on peut aussi pratiquer une coupe d'arrière en avant) et séparant en deux parties égales le testicule et l'épididyme, dont on examine les altérations (coloration, consistance, atrophie, sclérose, épaississement des travées interlobulaires, dégénérescence graisseuse, caséification, tubercules miliaires, gommes, cavités kystiques, hydatides de Morgagni, etc.); avec des pinces ou simplement avec les ongles, on étire les canalicules séminifères, facilement étirables à l'état normal et dans la période d'activité de la glande.

On peut, au moyen de quelques débridements, sortir entièrement les éléments du cordon et laisser le canal déférent en connexion avec les vésicules spermatiques pour faire plus tard l'examen de tout l'appareil génital en dehors du cadavre. Toutefois, si l'on n'a trouvé aucune lésion intéressante, ou demandant une étude plus approfondie, l'on ramène les testicules dans le scrotum à leur place normale et l'on sectionne le canal déférent au niveau du bassin lors de l'*enlèvement en masse*.

Cette méthode a l'avantage de ne pas détériorer extérieurement le cadavre; mais nous devons faire remarquer que l'examen de certaines affections est rendu assez difficile (hydrocèle du cordon, etc.), qu'il importe, après avoir refoulé le testicule vers l'orifice interne du canal inguinal, de pratiquer l'incision bien exactement au niveau du testicule, sinon l'on s'expose à inciser la peau du scrotum.

Enlèvement en masse. Avec le couteau, tenu presque perpendiculairement, on détache le rectum de la paroi postérieure, en le tirant en haut et en avant de la main gauche, jusque vers l'anus. Cette opération, faite à grands coups de couteau et en rasant le bassin dont on suit la courbure, est poursuivie de chaque côté du bassin, jusqu'au niveau du pubis; on circonscrit ainsi, par une incision suivant les contours du bassin, toutes les parties molles qui le recouvrent. On saisit alors le rectum et la vessie et, attirant ces organes en haut et en arrière, on achève la section des parties molles en avant; mais, parvenu au bord inférieur de la symphyse pubienne, on abaisse le manche du couteau en arrière de façon à détacher la partie supérieure de l'urèthre (chez l'homme). Ce détachement doit autant que possible, remonter à la partie bulbaire (2).

(1) Dans le cas de fistule scrotale il est préférable de pratiquer l'examen sur place et de dehors en dedans.

(2) Sur les corps non réclamés ou dans les cas où l'on présume devoir rencontrer des lésions du canal de l'urèthre, etc., sur son trajet antérieur et moyen, ou pour étudier et conserver une pièce anatomo-pathologique, on enlève le pénis. On prolonge alors en avant l'incision médiane vers le pénis et l'on pratique sur la peau de celui-ci dans sa partie postérieure une incision en raquette; les deux lèvres de l'incision écartées, on détache les corps caverneux de leurs adhérences et l'urèthre de ses enveloppes scrotales et l'on fait passer sous le pubis toute la partie extérieure.

Puis, toujours par de larges incisions, on détache les tissus parallèlement au périnée jusque vers l'anus. On peut alors sectionner l'intestin un peu au-dessus de celui-ci ou enlever l'anus en même temps en le circonscrivant par une incision circulaire.

Chez la femme, la technique diffère peu de celle employée chez l'homme. Après avoir sectionné les ligaments ronds (examiné au besoin le canal de Nück, s'il existe), au lieu d'abaisser le couteau quand on est arrivé au niveau du bord inférieur de la symphyse pubienne, l'on continue la section parallèlement au pubis, sectionnant ainsi le vagin à une faible distance de l'orifice vulvaire. On peut aussi enlever avec les organes du bassin la vulve. En ce cas, après avoir écarté les deux cuisses du cadavre, on pratique de chaque côté des grandes lèvres une incision allant se rejoindre à celle de l'autre côté au-dessus du pénil et au delà de l'anus. On parfait cette incision elliptique en enfonçant au-dessous du pubis le couteau dans le sens longitudinal du corps et l'on retire la masse par le bassin.

(*A suivre.*)

Femme ayant pratiqué sur elle-même l'opération césarienne (1)

L'histoire presque incroyable qui suit a été rapportée par le Dr O. de Guggenberg, à Méran. Il y a quelques années, il fut appelé à Biela, près Bodenbach, auprès d'une femme de 37 ans, qui avait eu sept parturitions normales. Enceinte pour la 8e fois, les douleurs se présentèrent pendant un jour, à la fin de la grossesse, s'arrêtèrent et furent remplacées par des crises d'éclampsie (?) avec des douleurs violentes et continuelles et un ballonnement colossal du ventre. Les mouvements actifs du fœtus cessèrent, les douleurs devinrent toujours plus fortes, la femme crut qu'elle allait mourir, prit un rasoir, sectionna lentement la peau du ventre et les couches sous-jaccentes, et sortit un enfant mort par la plaie. Elle sectionna le cordon et sortit aussi le placenta par la même voie. Le Dr G fit la suture et le pansement; la femme guérit tout à fait en peu de temps et a depuis une excellente santé; elle a été présentée à l'assemblée du comité central des médecins allemands, tenue cet été à Fetschen. Le Dr Guggenberg montra qu'il y avait eu rupture spontanée incomplète de l'utérus, mais que l'utérus n'a pas été sectionné. La rupture n'a pas été complète, car il n'y eut pas de collapsus ni de péritonite aiguë, etc., qui eût dans ce cas emporté la malade. Le cas est intéressant: l'hémorrhagie, d'abord considérable, s'arrêta peu à peu d'elle-même; des quantités d'anses intestinales s'échappaient par la plaie, et furent rentrées avec peine; malgré cela la maladie fut légère. L'enfant mort ne présentait rien d'anormal.

Thèses soutenues à la Faculté de Médecine.

Vendredi 20. — M. Fortineau. Des impulsions au cours de la paralysie générale. M. Voituriez. Considérations sur la durée de la grossesse dans ses apports avec l'ovulation et la menstruation. — *Samedi* 21. — M. Année. Trombose de la veine porte dans la cirrhose veineuse. — M. Sciaky. De la cocaïne envisagée particulièrement en ophthalmologie.

FORMULES

4. De l'emploi de la cocaïne en oculistique. (1)

Dans un travail plus étendu (*Bulletin de thérapeutique*, nov. 1884), j'ai déjà rapporté les résultats extrêmement importants obtenus par l'emploi de la cocaïne en chirurgie oculaire. Je veux ici donner quelques conseils pratiques sur l'emploi courant de la cocaïne. Tout médecin aujourd'hui doit avoir dans son cabinet une solution de cette précieuse substance; et s'il veut pouvoir la conserver indéfiniment il n'a qu'à la préparer ainsi :

Chlorhydrate de cocaïne	0,50 cent.
Sublimé	0,002 millig.
Eau distillée	10 gr.

portez à l'ébullition, laissez refroidir, filtrez et conserver dans un flacon bouché à l'émeri.

La solution ainsi préparée ne s'altère jamais, elle n'est pas irritante, et elle est assez concentrée (5 0/0) pour *qu'une seule goutte* amène une anesthésie momentanée de la cornée; s'il est nécessaire

(1) *Allgemeine Wiener Medicinische Zeitung*, no 2, p. 21.

(2) Voir les nos 31, 37, 40, 46 (année 1884) et 2, 6 (année 1885) du *Progrès médical*. Traitement des maladies des yeux à la clinique du Dr Abadie.

d'obtenir une anesthésie plus profonde, plus durable, on instillera, à 5 ou 6 reprises différentes à 3 minutes d'intervalle, *une ou deux gouttes, pas plus*; en 15 ou 20 minutes l'iris lui-même sera insensible et la pupille dilatée.

La cocaïne doit être d'un usage journalier en thérapeutique oculaire, car il n'est pas une affection des yeux qui ne soit susceptible d'en tirer bénéfice. Grâce à son action un *corps étranger* enclavé dans la cornée peut être enlevé sans la moindre douleur, et l'on peut gratter, sculpter la cornée pour en enlever toute trace de rouille sans que le patient s'en aperçoive. C'est la cornée qui bénéficie le plus de l'anesthésie cocaïnique, aussi est-il bon d'en faire usage dans tous les cas où l'on veut se débarrasser de l'élément douleur. La *photophobie*, le *blépharospasme* qui accompagnent presque toute kératite chez les jeunes sujets, sont promptement calmés par 2 ou 3 gouttes de *cocaïne* instillées *une à une* à 2 minutes d'intervalle. Le malade ouvre alors spontanément ses yeux qu'il est ainsi facile d'examiner.

La cocaïne peut être aussi très utile quand on veut éviter la douleur dans une première *cautérisation* au nitrate d'argent pour accoutumer les patients pusillanimes. Les cautérisations subséquentes seront faites ensuite plus facilement, car c'est toujours l'appréhension plus que la douleur qui effraie les malades. Les cautérisations des *ulcères de la cornée* par le galvanocautère sont faites sans la moindre douleur après 3 instillations de cocaïne, de même que la *transfixion* des *ulcères serpigineux*, de même aussi que la *paracentèse de la cornée* avec le couteau lancéolaire.

La *cocaïne* rend aussi d'immenses services comme *mydriatique* et elle doit arriver à remplacer complètement l'atropine pour le simple examen du fond de l'œil, du corps vitré ou du cristallin; car elle produit une *dilatation pupillaire* assez grande *sans paralyser l'accommodation* ; c'est à peine si la vision est troublée pendant quelques minutes. Si l'on a besoin d'une mydriase excessive on ne saurait arriver mieux et plus vite à ce but qu'en instillant après la cocaïne une goutte d'atropine qui agit alors plus énergiquement mais on ne doit le faire qu'en cas d'absolue nécessité, parce que l'atropine rend la vue trouble pendant 8 jours au moins.

Dans presque toutes les opérations sur les yeux, la cocaïne a son utilité. On a prétendu que l'anesthésie quelle produit était trop superficielle pour être utile dans l'*iridectomie*, dans *l'opération du strabisme*, etc. C'est l'obervation des faits qui a été trop superficielle. Tous les jours nous pratiquons ces opérations à la clinique du Dr Abadie et nous obtenons une anesthésie aussi complète que nous la désirons. Il suffit de patience. Pour obtenir l'anesthésie de l'iris il faut instiller 5 à 6 fois 2 gouttes de cocaïne dans l'espace de 15 à 20 minutes et en instiller encore au moment de l'ouverture de la chambre antérieure. Notre solution étant parfaitement aseptique, il n'y a aucun danger à ce qu'elle pénètre dans l'intérieur de l'œil. On coupera alors l'iris sans que le malade se plaigne ou fasse le moindre mouvement.

Pour l'*opération du strabisme*, section de la conjonctive, section du tendon du muscle trop fort, avancement musculaire, sutures, tout cela peut être fait avec une anesthésie à peu près complète, si l'on a instillé cinq ou six fois la cocaïne avant l'opération et qu'on continue les instillations à chaque incision, jusqu'à la fin de l'opération.

Il n'est pas jusqu'à l'excision des *kystes des paupières* qui ne bénéficie de l'anesthésie cocaïnique. L'application de la pince hémostatique, fenêtrée est moins douloureuse et la dissection de la conjonctive est presque indolore; le dernier temps, extraction du kyste, doit être exécuté prestement, car l'anesthésie ne se propage pas dans la profondeur du cartilage tarse.

Quant à l'opération de la *cataracte*, il n'est plus, j'espère, un seul opérateur qui ne se serve de la cocaïne. Le pincement de la conjonctive, par la pince à fixation, la section de la cornée, l'iridectomie, la déchirure de la capsule, et, enfin, l'extraction du cristallin s'opèrent sans que le patient trahisse la moindre souffrance; souvent même, il est très surpris quand on lui annonce que son opération est terminée. Il a suffi, pour cela, de trois à six instillations avant et trois pendant l'opération.

Le *tatouage* de la cornée, pour dissimuler les *taies*, les *leucômes*, se fait sans la moindre douleur, après trois gouttes de cocaïne.

Le *passage des sondes* dans le canal lacrymal, si douloureux pour certaines personnes, sera beaucoup moins pénible si l'on a eu soin de laisser la *cocaïne* pénétrer peu à peu dans le sac lacrymal par des instillations fréquemment répétées. Nous sommes arrivés, par ce moyen, à passer des sondes à des enfants très indociles. Donc,il est bien peu d'opérations qui se pratiquent sur les yeux, qui ne retirent pas un grand avantage de la cocaïne, et je ne crois pas exagérer en disant que ce précieux anesthétique rendra beaucoup plus de services à la chirurgie oculaire que le chloroforme, qui sera réservé aux grandes opérations : énuléations, ablations de tumeurs, blépharoplasties, etc. Chez certains malades nerveux, chez les enfants, inaccessibles au raisonnement, le chloroforme sera encore indispensable; mais, même dans ces cas, la cocaïne sera donc d'une utilité très grande. L'œil est, en effet, l'organe dont la sensibilité est paralysée la dernière par le chloroforme, le moindre attouchement, si la narcose n'est pas parfaite, provoque des réflexes énergiques, — fort gênants pendant une opération délicate. Or, si l'œil est préalablement anesthésié par la cocaïne, il suffira de quelques gouttes de chloroforme, de façon à obnubiler le *sensorium commune*, pour qu'il soit possible d'exécuter vite et bien une cataracte, une iridectomie, etc. Ce n'est point là une simple vue de l'esprit, car, tous les jours, nous usons de ce procédé avec le plus grand succès. Il est arrivé, quelques fois, que l'opération a pu être faite après deux ou trois inspirations de chloroforme qui n'avait, par conséquent, pu avoir qu'un effet moral.

A. DARIER.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 1er mars au samedi 7 mars 1885, les naissances ont été au nombre de 1200, se decomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 455; illégitimes, 157. Total, 612. — *Sexe féminin* : légitimes, 456 ; illégitimes, 132. Total, 588.

MORTALITÉ A PARIS.— Population d'après le recensement de 1881, 2,225.910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 1er mars au samedi 7 mars 1885, les décès ont été au nombre de 1113: savoir : 551 hommes et 562 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Choléra : M. . F. .. T. . — Fièvre typhoïde : M. 12. F. 13. T. 25. — Variole : M. 2. F. 3. T. 5. — Rougeole : M. 13, F. 9, T. 22. — Scarlatine : M. 4, F. 2, T. 6. — Coqueluche : M. 4. F. 2. T. 6. — Diphthérie, Croup. M. 23, F. 23, T. 46. — Dyssenterie : M. .. F. ., T. .. — Erysipèle : M. 3, F. 1, T. 4 — Infections puerpérales : 2. — Autres affections épidémiques : M. ., F. ., T. .. — Méningite tuberculeuse et aiguë: M. 38, F. 25, T. 63. — Phthisie pulmonaire : M. 118, F. 90 T. 208. — Autres tuberculoses: M. 20, F. 12. T. 32. — Autres affections générales : M. 25, F. 36. T. 61. — Malformations et débilité des âges extrêmes : M. 31, F. 36, T. 67. — Bronchite aiguë : M. 20 F. 21. T. 41. — Pneumonie : M. 36, F. 41, T. 77. — Athrepsie : M. 30. F. 39. T 69. — Autres maladies des divers appareils : M. 167, F. 169, T. 336. — Après traumatisme : M. ., F. ., T. .. — Morts violentes : M. 22, F. 7. T. 29. — Causes non classées M. 5, F. 8, T. 13.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 83 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 30 ; illégitimes, 19. Total : 49. — *Sexe féminin* : légitimes, 29 ; illégitimes, 5. Total : 34.

FACULTÉ DES SCIENCES DE PARIS.—*Second semestre*. Les cours de la Faculté s'ouvriront le lundi 16 mars 1885 à la Sorbonne. — *Algèbre supérieure*. Les lundis et jeudis, à huit heures et demie; M. HERMITE, professeur, ouvrira ce cours le lundi 16 mars. Il exposera les principes généraux concernant les intégrales définies et la théorie des fonctions d'une variable. — *Calcul différentiel et calcul intégral*. Les mercredis et samedis, à dix heures et demie. M. N...... professeur, l'ouverture de ce cours sera ultérieurement annoncée. — *Mécanique rationnelle*. Les mercredis et vendredis, à huit heures et demie. M. APPELL, chargé du cours, continuera ce cours le mercredi 18 mars. Il traitera en particulier de la dynamique des systèmes. — *Astronomie*. Les mardis et samedis, à huit heures et demie. M. OSSIAN BONNET, professeur, ouvrira ce cours le mardi 17 mars. Il développera l'ensemble des matières comprises dans le programme de la licence. Il fera, en outre, une série de leçons complémentaires qui seront annoncées par des affiches spéciales. — *Calcul des probabilités et physique mathématique*. Les lundis et vendredis, à dix heures et demie. — M. LIPPMANN, professeur, continuera ce cours le lundi 16 mars. Il traitera de la théorie électromagnétique de la lumière et de la thermodynamique. — *Mécanique physique et expérimentale* Les mardis, à dix heures et demie, et les vendredis, à dix heures un quart. M. BOUQUET, professeur, M. POINCARÉ, suppléant, continuera ce cours le mardi 17 mars. Il traitera du frottement. — *Physique*. Les mardis et samedis, à deux heures. M. JAMIN, professeur, ouvrira ce cours le mardi 17 mars. Il fera la seconde partie du cours de physique et traitera de l'acoustique et de l'optique. — *Chimie organique*. Les mercredis et vendredis, à une heure un quart. M. FRIEDEL, professeur, ouvrira ce cours le mercredi 18 mars. Il traitera des fonctions et étudiera surtout la série grasse. — *Minéralogie*. Les lundis et jeudis, à deux heures trois quarts. M. N....., professeur, l'ouverture de ce cours sera ultérieurement annoncée. — *Zoologie, anatomie, physiologie comparée*. Les mardis et samedis, à trois heures et demie, M. MILNE-EDWARDS, professeur, ouvrira ce cours le mardi 17 mars. Il traitera des organes et des fonctions de la reproduction dans la série animale. Les travaux pratiques et conférences qui, depuis le mois de novembre, ont lieu dans le laboratoire des hautes études dirigé par le professeur, seront continués pendant la première partie

du second semestre. — *Botanique*. Les mercredis et vendredis, à midi un quart. M. DUCHARTRE, professeur, ouvrira ce cours le mercredi 18 mars. Il étudiera les organes des plantes et leurs fonctions. — *Géologie*. Les mercredis et vendredis, à trois heures. M. HÉBERT, professeur, ouvrira ce cours le mercredi 18 mars. Il exposera successivement les caractères de chacune des périodes géologiques. — Cours annexe. — *Physique céleste*. Les lundis et jeudis, à une heure. — M. WOLF, chargé du cours, ouvrira ce cours le jeudi 19 mars. Il traitera de l'astronomie stellaire. — *Conférences*. — Les étudiants ne sont admis à suivre les conférences qu'après s'être inscrits au secrétariat de la Faculté et sur la présentation de leur carte d'entrée. — *Sciences mathématiques*. — M. RAFFY, maître de conférences, fera des conférences sur le calcul différentiel et le calcul intégral, les mercredis et samedis, à 3 heures, le mercredi dans la salle des Conférences, le samedi dans l'amphithéâtre de mathématiques. — M. P. PUISEUX, maître de Conférences, fera des Conférences sur la mécanique les lundis et vendredis, à 3 heures, dans la salle des Conférences. — *Sciences physiques*. — M. MOUTON, maître de Conférences. Les travaux ont lieu les lundis, mercredis, jeudis et vendredis, à 9 heures dans le laboratoire d'enseignement de physique. — M. BOUTY, maître de Conférences, donnera des développements sur diverses questions de physique traitées au cours ou indiquées par M. le professeur JAMIN ; ces Conférences auront lieu les lundis et jeudis, à 4 heures et demie, dans l'amphithéâtre d'histoire naturelle. — M. JANNETTAZ, maître de Conférences, fera des Conférences sur la minéralogie, les mardis et samedis, à 8 heures 1/2, dans le laboratoire de minéralogie. — M. JOLY, maître de Conférences, fera, les lundis, à 1 heure, dans l'amphithéâtre de physique de la Sorbonne, des Conférences sur des sujets indiqués par MM. les professeurs TROOST et DEBRAY, et les samedis, 10 heures 1/2, dans la salle des Conférences. — M. SALET, maître de conférences, fera, les mardis, à 3 heures 1/2, des leçons de Spectroscopie et Photochimie, et les samedis, à la même heure, des Conférences de chimie organique. — M. RIBAN, maître de Conférences, directeur-adjoint du laboratoire de chimie : les travaux ont lieu tous les jours de 9 heures à midi et de 1 heure à 5 heures. — Les manipulations pour la Licence les lundis, mercredis, jeudis et vendredis, à 9 heures. — *Sciences naturelles*. — M. J. CHATIN, maître de Conférences, fera, les lundis et jeudis, à 10 heures, dans l'amphithéâtre d'Histoire naturelle des Conférences, sur diverses parties de l'Étude anatomique et physiologique des animaux, indiquées par M. le professeur MILNE-EDWARDS — M. JOLIET, maître de Conférences, M. JOYEUX-LAFFUIE, suppléant, fera, les jeudis (salle des Conférences), à 3 heures, et les samedis, au laboratoire de Zoologie, à 10 heures, des Conférences sur les sujets indiqués par M. le professeur DE LACAZE-DUTHIERS. — M. VELAIN, maître de Conférences, fera, les lundis et jeudis, à 9 heures, des Conférences sur les diverses parties de la géologie. Les élèves seront exercés, au laboratoire de Géologie, à la détermination des roches et des principaux fossiles caractéristiques des terrains, les mardis, mercredis, vendredis et samedis, de 9 heures à 11 heures et demie. — M. VESQUE, maître de Conférences, fera, les mardis à 5 heures, et les jeudis, à 2 heures, des Conférences, ou surveillera des exercices pratiques, sous la direction de M. le professeur DUCHARTRE. Les élèves seront exercés particulièrement à l'emploi du microscope et aux préparations. — *Cours libres*. Les vendredis, à quatre heures et demie. M. P. TANNERY, ingénieur des manufactures de l'État, continuera à traiter de l'Histoire des Mathématiques (Géométrie et Algèbre).

Les candidats aux baccalauréats ès sciences doivent s'inscrire au secrétariat de la Faculté, et consigner en même temps les droits de ces grades ; les registres sont clos irrévocablement six jours avant l'ouverture des sessions.

Le registre des inscriptions prescrites pour la Licence sera ouvert, au secrétariat de la Faculté, les quinze premiers jours des mois de janvier, avril et juillet (novembre pour l'année scolaire 1885-1886.)

La première session pour les trois Licences s'ouvrira du 1er au 10 juillet 1885 ; la deuxième, du 25 octobre au 10 novembre. Les candidats sont tenus de s'inscrire au secrétariat de la Faculté. L'inscription est close huit jours avant l'ouverture de la Session.

FACULTÉ DE MÉDECINE. — *Pathologie interne*. — M. le professeur DAMASCHINO commencera son cours sur les *maladies de la moelle et des nerfs*, le samedi 21 mars à 3 heures, et le continuera les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine. Chaque leçon sera accompagnée de démonstrations histologiques et de projections à la lumière électrique.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — Par décret du 11 mars le concours qui devait s'ouvrir le 15 mai 1885 à la Faculté mixte de médecine et pharmacie de Lyon, pour l'emploi de chef des travaux anatomiques, est reporté au 15 juillet 1885. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

SECRET PROFESSIONNEL. — On sait que le peintre Bastien-Lepage revenait d'Alger quand il est mort à Paris. Plusieurs journaux, notamment le *Voltaire*, donnèrent à entendre que ce voyage en Afrique avait été conseillé par le médecin de l'artiste, M. le Dr Watelet, dans le but de se décharger de sa responsabilité et que le climat de l'Algérie avait précipité l'issue fatale. En réponse à ces insinuations, M. Watelet adressait au journal le *Matin*, qui le publia, une lettre dans laquelle il donne des détails sur la nature et la marche de l'affection qui emporta le peintre, et qui serait la généralisation d'un cancer du testicule opéré. C'est pour ce fait que M. Watelet vient d'être cité devant la 9e chambre correctionnelle sous la prévention de révélation d'un secret professionnel, citation qui, d'après le *Droit*, auquel nous empruntons ces détails, expose le Dr Watelet à une peine de un à six mois de prison et à une amende de 100 à 500 francs. Le *Matin* est impliqué dans la poursuite. Les débats ont eu lieu le 4 mars ; le tribunal a condamné le Dr Watelet à *cent francs* d'amende. Nous donnerons les considérants du jugement dans un de nos prochains numéros.

CONGRÈS DE MÉDECINE INTERNE. — Le quatrième congrès se tiendra cette année à Wiesbaden du 8 au 12 avril. Voici la liste des principaux points qui y seraient traités. — Mercredi, 8 avril : *Du traitement de l'obésité* ; rapporteur : Ebstein (de Gottingen) ; co-rapporteur : Henneberg (de Göttingen ; — Jeudi, 9 avril : *De l'asthme bronchique* ; rapporteur : Curschmann (de Hambourg) ; co-rapporteur : Riegel (de Giessen) ; — Vendredi, 10 avril : *De l'Antipyrèse* ; rapporteur : Filehne (d'Erlangen) ; co-rapporteur : Liebermeister (de Tubingen). — On annonce en outre des communications de Liebreich (de Berlin), sur les *Narcotiques* ; de Binz (de Bonn), sur les *Nouveaux médicaments* ; de Hack (de Fribourg en Brisgau), sur le *Traitement chirurgical des états asthmatiques* ; de Edlefsen (de Kiel), sur *La statistique et l'étiologie du rhumatisme articulaire aigu* ; de Rossbach (d'Iéna), sur les *Mouvements de l'estomac, du pylore et du duodenum* ; de Fleischer (d'Erlangen), sur l'*urémie* ; de Heidenhain (de Breslau), sur les effets nerveux pseudo-moteurs, etc., etc.

CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS. — Les examens pour l'admission des élèves sages-femmes à la Clinique d'accouchements de la Faculté, auront lieu le jeudi 19 mars 1885, à 9 heures du matin. Les inscriptions seront reçues tous les jours au secrétariat de la Faculté, de midi à trois heures, jusqu'au samedi 14 mars inclusivement.

UNE RÉVOLTE DANS UN HOPITAL. — « Une émeute s'est produite à l'hôpital Saint-Sauveur, à Lille, dans la partie de l'établissement affectée aux filles soumises, qui avaient été mises à la diète pour insubordination. Une religieuse, ayant voulu rétablir l'ordre, faillit être victime de violences. L'arrivée du commissaire de police a mis fin au désordre. Huit arrestations ont été opérées. Les insurgées ont brisé tout ce qui était à leur portée. (*La Nation*). »

Bien que ce fait remonte à plusieurs semaines nous avons cru devoir le reproduire. Il n'est pas isolé et il n'y a guère d'années que les journaux en signalent d'analogues. C'est que dans la plupart des hôpitaux de province, les malades de cette catégorie sont considérés comme des êtres indignes de pitié. On les parque dans les salles les plus malsaines de l'hôpital ; leur préau est dépourvu d'ombrage, de fleurs ; leur costume est misérable. En un mot ce ne sont pas des malades, mais des prisonnières. Elles redoutent l'hôpital à l'égal de la prison. Ces faits disparaîtront, et la propagation des maladies vénériennes disparaîtra le jour où les filles soumises sauront qu'à l'hôpital elles sont traitées sous tous les rapports comme les autres malades ; alors elles ne craindront ni le médecin, ni la religieuse ; elles viendront se faire soigner sans hésitation, au lieu de dissimuler leur mal. Qu'on essaie et on obtiendra d'excellents résultats.

GROSSESSE MULTIPLE. — L'*Echo d'Oran*, du 14 février courant, rapporte qu'une femme arabe, habitant un douar des environs d'Aïn-el-Arba, a mis au monde *cinq enfants*, dont trois sont encore en vie. Cette nouvelle n'est pas un canard, car elle a été confirmée par les habitants du douar. (*Gaz. méd. de l'Algérie*).

NÉCROLOGIE. — M. le Dr Charles GUYNET (de Barjac). — M. le Dr COMÈRES (de Taran). — Le Dr DE CAPSA, professeur à la Faculté de Bucharest. — Le Dr LUCÆ, professeur d'anatomie à Francfort. — Le Dr MOSES POPPER, privat-docent d'hygiène à la Faculté de Prague.

13e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. I. N° 12 BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 21 MARS 1885.

Le Progrès Médical

CLINIQUE DES MALADIES NERVEUSES

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — **M. CHARCOT**.

Tremblements, mouvements choréiformes et Chorée rhythmée.

Leçon recueillie par **M. Georges GUINON**, interne du service (1).

Messieurs,

Je veux vous parler aujourd'hui, à propos des cas de sclérose en plaques que je vous ai montrés dans les précédentes leçons, des divers tremblements, des mouvements involontaires, avec lesquels on pourrait confondre le tremblement à peu près caractéristique de cette affection. J'ai insisté sur les caractères particuliers du tremblement de la sclérose en plaques, et déjà j'ai démontré qu'il ne se manifeste qu'à l'occasion des mouvements intentionnels d'une certaine étendue (tremblement intentionnel, *Intentionzittern* des Allemands); qu'il cesse d'exister lorsque les malades sont abandonnés à un repos complet, couchés dans leur lit, par exemple. S'ils sont assis, au contraire, les muscles du cou et du tronc entrent en jeu pour maintenir la position verticale du corps et il se produit des oscillations de la tête et du tronc, tandis que les membres sont au repos. Voulez-vous faire réapparaitre le phénomène partiellement dans un membre, commandez au malade de porter à sa bouche un verre, une cuiller. Cet acte exige un mouvement volontaire d'une assez grande étendue, condition nécessaire pour amener le tremblement, qui ne se manifeste pas habituellement dans les petits mouvements tels que enfiler une aiguille, coudre, etc. Au moment de la préhension du verre, les oscillations sont peu accusées, mais elles s'exagèrent progressivement pour atteindre leur maximum au moment où le vase approche de la bouche. Ce caractère spécial du tremblement de la sclérose en plaques se traduit facilement par un tracé à l'aide des appareils enregistreurs. La partie 1 de la figure représente le tremblement intentionnel de la sclérose en plaques.

La ligne horizontale A B indique le stade du repos. Le point B représente le moment où débute le mouvement volontaire ; B C figure la durée de ce mouvement, pendant lequel le tremblement est représenté par la ligne brisée $x\ y\ z$... dont chaque segment est d'autant plus long que l'on s'éloigne plus du point B.

Tel est le tremblement de la sclérose en plaques. Pour mieux mettre en relief les caractères si particuliers qui le distinguent, j'ai voulu employer la méthode des contrastes ; en d'autres termes j'ai voulu opposer ce tremblement à d'autres tremblements appartenant à des maladies bien différentes bien que plusieurs aient été confondues avec elle jusque dans ces derniers temps.

Commençons par la *paralysie agitante*. Comme celui de la sclérose en plaques, le tremblement de la maladie de Parkinson se compose d'oscillations rhythmées, mais de petite étendue et de durée courte. Vous pouvez constater ces caractères chez le malade que je mets sous vos yeux. Remarquez que la main et les doigts tremblent individuellement, mais gravez bien dans votre mémoire l'attitude toute particulière de la main. Les phalanges sont étendues les unes sur les autres, mais les doigts sont fléchis sur le métacarpe. Le pouce en adduction vient s'appuyer par sa pulpe sur l'index, imitant ainsi la position d'une main qui tient une plume à écrire, et les mouvements qui agitent toutes ces parties rappellent quelquefois l'acte de rouler une boulette de papier ou d'émietter du pain. Ce tremblement est continu, et se manifeste, fait important, en dehors de tout mouvement volontaire. Si vous commandez au malade de porter un verre à sa bouche, vous verrez peut-être le tremblement augmenter d'amplitude, mais jamais il ne produira ces oscillations à grand arc qui sont spéciales à la sclérose en plaques. Ce caractère se révèle bien sur les tracés pris à l'aide de l'appareil enregistreur.

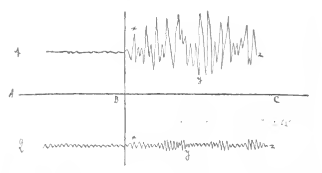


Fig. 14. — Cette figure est la reproduction demi-schématique du tracé obtenu par la méthode graphique chez deux malades du service.

La partie 2 de notre figure représente le tremblement de la paralysie agitante. On voit tout de suite au premier coup d'œil combien les deux tracés diffèrent dans la portion B C. Soit comme ci-dessus A B la ligne de repos ; elle est coupée par de petites lignes brisées correspondant au tremblement continu. Au point B commence le mouvement volontaire. A partir de ce point les composantes de la ligne brisée $x\ y\ z$ sont un peu plus longues et plus irrégulières que dans la période de repos, mais elles ne le sont jamais autant que dans la sclérose en plaques.

Rappelez-vous aussi que dans la paralysie agitante le tremblement n'atteint en général pas la tête et que si celle-ci semble participer aux mouvements involontaires, elle n'est en réalité que le siège de mouvements communiqués.

Les tremblements de la sclérose en plaques, de la maladie de Parkinson sont à oscillations lentes, quatre à cinq par seconde en moyenne. Cette même lenteur des oscillations se retrouve dans un autre : *le tremblement dit sénile.* Voici deux femmes atteintes de ce tremblement : chez l'une, la nommée La..., âgée actuellement de 73 ans, la maladie a débuté à l'âge de 60 ans par l'index de la main gauche, à la suite d'un traumatisme. Chez l'autre, la nommée Les.... âgée de 80 ans, elle s'est manifestée il y a quatorze ans, pendant le siège de Paris, à la suite d'une violente émotion. Chez ces femmes les mains et les doigts tremblent

(1) Cette leçon a été faite le 13 février 1885.

comme dans la maladie Parkinson, individuellement. La tête participe aux secousses pour son propre compte, et ces mouvements dans le sens vertical et horizontal, se succédant sans régularité, pendant lesquels la malade semble dire par geste oui et non, sont tout à fait caractéristiques des oscillations de la tête dans le tremblement dit sénile.

Avant de passer à la catégorie des oscillations rapides, je veux vous mentionner une espèce de tremblement qui tient le milieu entre les deux : c'est le tremblement hystérique. Nous avons actuellement dans nos salles deux hommes qui en sont affectés. Chez l'un le nombre des oscillations est de cinq ; chez l'autre de sept par seconde. Je ne fais que vous citer en passant cette espèce de tremblement, me proposant d'y revenir plus tard d'une façon plus détaillée. J'en fais seulement provisoirement, au point de vue de la rapidité des secousses, une catégorie intermédiaire entre le premier et le second groupe.

Dans une seconde classe, en effet, nous rangerons les tremblements à oscillations rapides, ceux que l'on appelle aussi *tremblements vibratoires*. Le nombre des secousses se monte ici à huit ou neuf par seconde, et c'est la seule différence apparente qui les sépare des premiers. Nous comprendrons parmi eux : 1° *le tremblement alcoolique*. 2° *Le tremblement mercuriel*. 3° *Celui de la paralysie générale*. 4° Enfin celui de la *maladie de Basedow*. Et une distinction peut être encore faite entre les trois premiers et le dernier en se fondant sur ce fait que dans ceux-là les doigts tremblent par eux-mêmes, tandis que dans celui-ci le tremblement individuel des doigts n'existe pas. Ce caractère peut être facilement constaté à l'aide de la méthode graphique, ainsi que l'a fait M. Marie. Si l'on place dans la main d'un malade une poire en caoutchouc communiquant par un tube avec le tambour à réaction d'un appareil enregistreur, on voit que dans les cas où les doigts tremblent par eux-mêmes, le tracé est fortement ondulé, tandis que dans le cas contraire, dans la maladie de Basedow par exemple, il est réduit à une ligne droite ou du moins interrompue par de très petites ondulations.

A côté de ces tremblements, c'est-à-dire de ces secousses à oscillations rhythmées, il est une autre catégorie de mouvements involontaires qui pourrait être, et qui a été effectivement confondue avec le tremblement de la sclérose en plaques. Je veux parler de la chorée ou plutôt des *mouvements choréiformes* en général. Il ne s'agit plus ici d'oscillations rhythmées, mais de gestes à grand rayon, contradictoires et illogiques. Ces gestes ne présentent aucune espèce de cadence, et ils sont sans signification, c'est-à-dire qu'ils n'imitent aucun mouvement expressif ni professionnel. Ils existent comme les précédents pendant les temps de repos, et s'exagèrent dans les actes intentionnels, mais alors des gesticulations contradictoires troublent la direction générale du mouvement et font manquer le but, tandis que dans la sclérose en plaques et dans les autres tremblements dont je viens de vous parler, la direction générale du mouvement, si elle est interrompue par les secousses qui agitent le membre, n'en est pas moins toujours conservée dans son ensemble. Eh bien ! Messieurs, malgré ces différences capitales, il y a entre les mouvements choréiques et le mouvement de la sclérose en plaques je ne sais quelles analogies extérieures qui font que des médecins distingués ont vu longtemps dans la sclérose en plaques une sorte de chorée. Duchenne (de Boulogne), qui avait bien distingué l'ensemble des signes de la sclérose en plaques, mais qui ne la connaissait pas au point de vue anatomo-pathologique, l'appelait paralysie choréiforme. Je veux donc vous dire quelques mots au sujet de ces chorées.

Nous avons tout d'abord *la chorée vulgaire*, dite rhumatismale, *Chorea minor*, que l'on pourrait appeler *chorée de Sydenham* et qu'il faut bien séparer de la véritable danse de Saint-Guy, de la grande chorée épidémique, *Chorea major*. Elle affecte principalement, vous le savez, les enfants de 5 à 14 ans, plus rarement les adultes et les vieillards. Vous vous rappelez sans doute la nommée Flon... que je vous ai déjà présentée comme atteinte de chorée vulgaire. Chez cette jeune fille, la maladie est en décroissance, et les intervalles de repos qui séparent les mouvements involontaires sont aujourd'hui assez longs. Mais soit sous l'influence d'une émotion, l'examen du médecin, par exemple, soit spontanément, il se manifeste, dans le membre supérieur du côté gauche, de petites secousses plus ou moins accentuées. La malade ramène brusquement sa main contre son corps ou la frotte à plusieurs reprises contre sa cuisse, dans des mouvements alternatifs de pronation et de supination. Chez elle, par exception, l'acte intentionnel n'exagère pas la convulsion, et si vous lui commandez de porter un verre ou une cuiller à sa bouche, la direction du mouvement n'est presque pas troublée et le but est atteint avec assez de sûreté, ce qui, tant s'en faut, n'existe pas toujours dans la chorée. La face est également dans sa moitié gauche animée de mouvements involontaires, et la figure grimace assez notablement.

Dans le même groupe des mouvements choréiformes incoordonnés, nous devons aussi ranger la *chorée pré ou posthémiplégique*. Les mouvements sont en effet ici de même nature ; la seule différence essentielle réside dans la pathogénie, la maladie étant en pareil cas liée à des lésions cérébrales localisées d'une certaine façon.

Il en est de même de l'*athétose* et de l'*hémiathétose*, qui, dans une classification naturelle, doivent être rapprochées de la chorée et de l'hémichorée posthémiplégiques. Dans l'athétose il n'y a pas de repos et les mouvements ne sont nullement coordonnés. Je ne m'arrêterai pas à vous décrire les contorsions des doigts, leur flexion et leur extension alternatives ; je vous ai déjà montré des exemples d'athétose. Je vous ferai seulement remarquer qu'elle diffère notablement de la chorée en ce que les mouvements sont moins brusques, plus lents, que dans cette dernière maladie — on dirait l'agitation des tentacules d'un poulpe — et en ce que ils sont limités aux doigts et aux poignets, aux pieds et aux orteils, quoique quelquefois cependant on puisse remarquer des mouvements de la face et du peaucier. Le malade ne peut rien tenir dans sa main, rien porter à sa bouche ; mettez-lui un objet quelconque entre les mains, il le laissera tomber bientôt à terre. Dans les cas d'athétose double, ces phénomènes présentent quelquefois une analogie grossière avec le tremblement de la sclérose en plaques. (*A suivre.*)

ECOLE PRÉPARATOIRE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE DIJON. — Par arrêté du 18 mars, un concours pour un emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique internes, s'ouvrira le 5 novembre 1885, devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon. — Un concours pour un emploi de chef des travaux anatomiques, s'ouvrira en outre à ladite école, le 21 septembre 1885. — Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture desdits concours.

CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE. — M. H. LELOIR.

Leçons sur la Syphilis (1).

Professées à l'hôpital Saint-Sauveur.

PREMIÈRE LEÇON. (Suite.)

A. Nature du virus. — Le virus syphilitique est un. Dualisme. Quelle est la nature intime du virus syphilitique? Notre ignorance à cet égard. — Comparaison du virus syphilitique avec le virus tuberculeux et le virus lépreux. Discussion. — Existe-t-il dans le virus syphilitique un microbe spécial? — Recherches personnelles — Inoculation de la syphilis aux animaux. Valeur de ces expériences. Recherches personnelles. — Conclusion.

A. *Nature du virus syphilitique.*

Messieurs, le virus syphilitique est un, c'est là un fait démontré d'une façon péremptoire. Il n'y a pas plusieurs virus syphilitiques pas plus qu'il n'y a plusieurs virus varioliques, vaccinaux, morveux, etc... Le virus syphilitique inoculé à un individu sain reproduira toujours une maladie identique à celle dont les produits ont servi à l'inoculation. La vérole reproduit toujours et uniquement la vérole.

D'autre part il est certain, comme l'ont montré il y a longtemps (1812) les travaux de Hernandez, médecin Toulonnais, puis de Ricord et de Cullerier, que ce virus n'est pas identique à celui de la blennorrhagie, qu'il n'y a pas de blennorrhagie syphilitique. Les travaux de Bassereau, de Clerc, de Rollet, de Diday, etc..., et plus tard ceux de Ricord et surtout ceux de Fournier ont démontré que le virus du chancre mou ou simple ne présente aucun rapport avec celui de la syphilis, que le chancre simple est absolument distinct du chancre infectant; l'un n'étant autre chose qu'un accident local, ne pouvant jamais amener l'infection générale; l'autre, au contraire, étant l'indice certain ou la cause de l'infection générale. En un mot, le virus dit chancreux n'est pas un, comme le pensent les unicistes; mais il y a deux espèces de virus chancreux, comme il y a deux espèces de chancres.

Mais quelle est la nature intime du virus syphilitique? Ici nos connaissances sont des plus restreintes; tout ce que nous savons c'est que : Ce virus est un virus fixe, matériel, non volatile; en un mot ne pouvant pas être transporté par l'air, par l'haleine, comme le virus de la variole, de la rougeole, de la diphtérie, etc... Le contact matériel de la matière virulente avec le sujet contaminé est chose nécessaire, comme l'a dit Fernel il y a longtemps déjà.

Pour avoir la syphilis il faut absolument avoir été inoculé par le dépôt sur un point excorié de la surface cutanée ou muqueuse, d'une particule virulente provenant d'un sujet syphilitique. Donc le virus syphilitique est un agent fixe, soit solide, soit liquide, lequel si l'on prend pour type le liquide que l'on voit sourdre du chancre infectant, paraît contenu dans une humeur claire, transparente, légèrement visqueuse, analogue, comme aspect, au vaccin, et très peu riche en éléments cellulaires.

Si nous essayons de pénétrer plus avant dans l'étude de la nature intime du virus nous ne pouvons actuellement émettre que des hypothèses. Car jusqu'ici les études histologiques, les analyses chimiques les plus délicates ont été impuissantes pour déterminer d'une façon précise la nature de ce virus.

Cependant, en nous plaçant au point de vue de la pathologie générale, si nous comparons la syphilis à deux autres maladies qui lui sont très analogues, la tuberculose et la lèpre, maladies à évolution très longue, des plus longues parfois, nous pouvons supposer que la syphilis présente une origine analogue à celle de ces deux maladies virulentes.

Or, dans ces deux affections, la tuberculose et la lèpre, on a écrit un contage fixe, organisé, parasitaire, une bactérie en un mot. On est donc en droit de considérer ces deux affections comme d'origine bactérienne. Mais en somme la démonstration n'est faite jusqu'ici d'une façon péremptoire que pour la tuberculose.

Il faut en effet, pour avoir le droit d'affirmer qu'une maladie est d'origine parasitaire, et produite par l'introduction dans l'organisme d'un microbe pathogène, démontrer : 1° que cette maladie est inoculable; 2° qu'il existe dans les produits d'inoculation un microbe spécial; 3° que ce microbe cultivé, obtenu à l'état de culture pure, et inoculé dans de bonnes conditions expérimentales, reproduit toujours la maladie spécifique.

Pour la tuberculose cette démonstration, vraisemblable après les recherches de Toussaint et de Klebs, a été établie d'une façon péremptoire par les travaux de Koch, vérifiés ensuite par ceux de Baumgarten, Cornil, Grancher, etc...

Pour la lèpre cette démonstration est loin d'être faite, car si l'on est arrivé à trouver dans les produits lépreux un bacille des plus abondants, on n'a pas encore réussi à reproduire la lèpre par l'inoculation de ses produits ou des cultures de ses bacilles. Depuis 1880 je me suis beaucoup occupé de la lèpre, tant au point de vue clinique qu'au point de vue anatomo-pathologique et expérimental. Le Gouvernement français m'a fait l'honneur de me confier, en 1884, une mission scientifique pour étudier, en Norwège, cette maladie si importante.

Et bien, je dois dire que la démonstration de la nature contagieuse et inoculable de la lèpre ne me paraît pas encore faite d'une façon absolue malgré la découverte du bacille lépreux par le D[r] Hansen et le professeur Neisser. Et cela parce que jusqu'ici personne (malgré de nombreuses tentatives dont je parle dans mon rapport au Ministre de l'instruction publique), n'a réussi à inoculer la lèpre soit à l'homme, soit aux animaux.

Mais revenons à la syphilis. Ici, ce n'est malheureusement pas l'inoculabilité du virus qu'il faut prouver. Le premier terme de la proposition est depuis longtemps établi sur une base solide. Mais ce qu'il reste à prouver, à démontrer, ce sont les deux autres termes de la proposition. Existe-t-il dans les produits syphilitiques un microbe spécial? Ce microbe étant cultivé et obtenu à l'état de culture pure, reproduit-il d'une façon certaine la vérole lorsqu'il est inoculé dans ces conditions.

Jusqu'ici nous pouvons dire que malgré les nombreuses recherches qui ont été entreprises à cet égard, le microbe de la syphilis reste à trouver. Depuis le vibrio-lancéola de Donné, la crypta syphilitica de Salisbury, les corpuscules brillants décrits en 1871 par Lostorfer dans le sang des syphilitiques; un grand nombre d'auteurs ont cherché et décrit dans les néoplasmes et le sang des sujets syphilitiques des micro-organismes divers. Klebs, Bergmann, Aufrecht, Obrazzow, Martineau et Hamonic, Letnick, Birch-Hirschfeld, Morisson, etc., ont tour à tour décrit dans la syphilis des bac-

(1) Voir *Progrès médical*, n° 11.

téries variées. Malgré la divergence de ces travaux, il semblerait que le microbe de la syphilis, si microbe de la syphilis il y a, est probablement un micro-coccus dont la nature reste encore à déterminer. Toutefois, dans un travail tout récent, le Dr Lustgarten, de Vienne, fait du microbe de la syphilis un bacille spécial, présentant une certaine analogie morphologique avec celui de la tuberculose et de la lèpre.

Mais, assez de microbes, qu'il me suffise de renvoyer ceux d'entre vous, que cette question intéresserait, à une excellente revue critique publiée par Bricon dans le *Progrès médical* (octobre 1884), sur le syphilicoccus. Pour ma part, j'ai bien souvent cherché des microbes dans les produits syphilitiques (chancres indurés, papules syphilitiques, tubercules excisés sur le vivant), et cela en employant les procédés techniques perfectionnés actuels. Malgré des méthodes de coloration et d'éclaircissement variées, je n'ai pu constater d'une façon suffisamment précise (à mon avis tout au moins), des micro-organismes dans les produits de la syphilis. Soit dit entre nous, j'ai bien cru plusieurs fois y avoir trouvé des bactéries, j'en ai même fait les dessins suivants; mais je n'ai jamais osé publier des faits aussi peu précis. Les cultures que j'ai essayé de faire en ensemençant d'après la méthode de Pasteur divers bouillons avec des parcelles de tissus syphilitiques ou du sang de sujets syphilitiques ont toujours été stériles.

Il n'en a pas été de même lorsque j'ai examiné des produits provenant de la surface de lésions syphilitiques érodées ou ulcérées; ou lorsque j'ai ensemencé mes bouillons avec ces produits. Ici les résultats ont été merveilleux, trop merveilleux même, car j'ai obtenu ainsi des cultures de nombreux microbes et des plus variés. Il y avait là de quoi satisfaire tout le monde. Mais je n'ai jamais osé baptiser ces microbes ni même leur donner un extrait de naissance.

En effet, Messieurs, ne l'oubliez pas, la présence des bactéries à la surface de la peau saine du malade est chose trop commune pour que l'on soit en droit d'en tirer des conclusions hasardées. Il est probable, en effet, que dans les cas précités l'on obtient et cultive des microbes de la suppuration, de la putréfaction, etc., des microbes de fumier en un mot. Ceci expliquerait peut-être par des phénomènes de septicémie expérimentale les faits, où quelques très rares auteurs ont cru avoir réussi à inoculer la vérole aux animaux.

Mais, eût-on trouvé d'une façon certaine le microbe caractéristique de la syphilis, encore faudrait-il qu'après une série de cultures pures, l'inoculation ait pu reproduire d'une façon constante une syphilis incontestable, il faudrait que l'on ait pu établir le troisième terme de la proposition. Or, ceci n'est pas. Et cela se conçoit, car jusqu'ici l'animal réactif, l'animal susceptible d'être rendu syphilitique nous manque. Jusqu'ici l'on doit admettre, malgré les observations en apparence positives de Klebs, Hänsell, Martineau et Hamonic, Cognard, que la syphilis n'est pas transmissible aux animaux.

Depuis bien longtemps on a essayé de transmettre la vérole aux animaux. Depuis Hunter, Turnbull, Babington, Ricord, Diday, Cullerier, etc., etc...., ces essais d'inoculation ont été faits sur les espèces animales les plus diverses : singe, porc, cobaye, lapin, cheval, bœuf, etc. Malgré les quelques faits en apparence positifs qui ont été publiés, on n'est pas autorisé à admettre actuellement d'une façon certaine que la syphilis est transmissible de l'homme aux animaux. D'ailleurs il faudrait dans ces conditions, non seulement reproduire des lésions semblables morphologiquement, mais encore il faudrait démontrer que les produits ainsi obtenus sont véritablement syphilitiques, spécifiques. Or, cette spécificité ne pourrait être démontrée que par une contre-épreuve, par l'inoculation de ces produits sur l'homme, lequel seul possède une syphilis dont les symptômes et l'évolution nous soient connus d'une façon précise.

Pour ma part, j'ai inoculé un grand nombre de cobayes et de lapins, soit dans le péritoine, soit dans la chambre antérieure de l'œil, soit sous la peau avec des produits syphilitiques divers recueillis sur l'homme vivant. Jamais, malgré quelques faits en apparence positifs dont je vous ai déjà parlé, je n'ai pu reproduire d'une façon certaine la vérole ou des phénomènes analogues chez les animaux. Donc l'animal réactif nous manque. Et personne que je sache ne voudrait actuellement commettre le crime d'inoculer à un homme sain des micro-organismes supposés spécifiques, à moins de le faire sur lui-même.

Il résulte donc de la discussion précédente, que si la syphilis est incontestablement une maladie virulente, inoculable, et probablement de nature parasitaire, son micro-organisme spécifique n'est pas encore découvert. On le trouvera peut-être un jour ce microbe, peut-être un audacieux ou un heureux arrivera-t-il par l'inoculation à en démontrer la nature spécifique syphilitique. Tout nous porte à le croire, l'analogie, les découvertes récentes de microbes pathogènes dans diverses maladies, l'évolution même de la syphilis. Peut-être même trouvera-t-on un jour le virus atténué, le vaccin de la vérole.

Mais jusqu'ici pour ne nous en tenir qu'aux faits pesés avec la rigueur scientifique nécessaire, nous devons dire : La nature parasitaire de la vérole, bien que probable, n'est pas démontrée.

PATHOLOGIE INTERNE

Note sur la cécité verbale;

Par le Dr WATTEVILLE, médecin de l'hôpital St-Mary, à Londres.

Parmi les cas de cécité verbale observés jusqu'à aujourd'hui, les uns paraisssent avoir été accompagnés d'*hémiopsie homonyme*; les autres semblent avoir évolué sans aucun trouble usuel proprement dit.

D'un autre côté, il est reconnu que les résultats obtenus dans les autopsies de malades qui, ayant présenté le symptôme de cécité verbale ne sont pas identiques entre eux. La lésion occupait tantôt la région du pli courbe, tantôt celle de la première circonvolution temporale. Il me semble que nous avons ici une série de faits analogues à ceux qui se présentèrent après que Broca eut annoncé sa découverte de la localisation de l'aphasie dans le pied de la troisième frontale. D'autres observations parurent qui infirmaient, en apparence du moins, la généralisation qu'il avait formulée. Des lésions situées dans d'autres parties de la masse cérébrale avaient, disait-on, donné lieu à des symptômes d'aphasie.

La solution du problème ne tarda pas à venir. Il y a aphasie et aphasie : aphasie sensorielle et aphasie motrice qu'un examen plus approfondi pouvait seul distinguer, et dont les caractères spéciaux se trouvèrent avec les progrès de l'observation clinique, en harmonie parfaite avec des lésions fort diverses.

N'en serait-il pas de même pour la cécité verbale? D'une part nous trouvons ce symptôme intimement lié à l'hémiopsie dans certains cas, tandis qu'ailleurs les malades sont indemnes du côté de la vision; d'autre part, nous le trouvons dépendre de lésions localisées tantôt dans le lobe pariétal, tantôt dans le lobe temporal.

Il me semble qu'au moins, à titre d'hypothèse propre à diriger des recherches ultérieures, nous puissions réduire ces données diverses à une formule commune. Dans ce but, il nous faut d'abord bien nous rendre compte de ce que nous entendons par l'intelligence des signes visuels du langage. Comment apprenons-nous à lire ? En associant certaines impressions auditives apprises antérieurement. Je devrais ajouter « et motrices », puisque les mouvements des organes vocaux entrent en jeu dans l'acte d'apprendre à lire, et que plus tard, les impressions visuelles s'associent à celles de l'acte d'écrire. Mais il ne s'agit pas ici de donner une description du mécanisme cérébral impliqué, à des impressions visuelles nouvelles. L'enfant n'établit de rapport entre le mot écrit et l'objet représenté, que par l'intermédiaire du son. Le mot écrit n'est pour lui qu'un signe du mot entendu. Un enfant sourd apprendrait différemment : il aurait à associer l'impression visuelle du mot directement avec l'impression visuelle de la chose désignée. Chez l'adulte, le passage du signe visuel à la conscience intellectuelle devient si rapide, l'excitation auditive si légère, que ce n'est que dans de certaines circonstances, telles que la lecture de mots difficiles, que l'association primordiale peut être saisie sur le fait.

Le substratum anatomique de cette association audito-visuelle doit naturellement se trouver dans les fibres commissurales qui relient la région du pli courbe à la circonvolution temporale supérieure. (Voir l'ouvrage de Bastian, sur le cerveau et la pensée, publié dans la Série Internationale, et l'article récent de Lichtheim sur l'aphasie, *Brain*, Janvier, 1885.) L'intelligence du langage est donc un réflexe visuel qui aboutit à des excitations du centre auditif, lesquelles, nous le répétons, par suite du procédé suivi pour l'acquisition du langage, ont seules la faculté de retentir dans la conscience sous forme d'intelligence des mots.

Il est donc évident que la cécité verbale peut avoir trois causes : lésion du centre visuel ; lésion du centre auditif ; lésion de la commissure audito-visuelle. Dans les deux derniers cas, il est évident qu'aucun trouble hémiopique ne saurait compliquer le symptôme, qui n'apparaitrait dans toute sa pureté que lorsque la lésion affecte la commissure.

L'implication du centre auditif doit entraîner nécessairement la surdité verbale en même temps que la cécité verbale : il est à noter toutefois que la proposition converse n'est pas valable, et qu'il peut y avoir surdité sans cécité verbale. Ce dernier point a été fort clairement mis en évidence par Lichtheim, qui en a trouvé les symptômes réalisés dans un cas où il pose le diagnostic d'une certaine lésion de la substance blanche sous-jacente au centre de la mémoire auditive des mots. Lichtheim a localisé le centre du foyer de telle sorte que ce centre est séparé de l'appareil auditif externe dont les excitations ne lui arrivent plus, mais entre encore en jeu dans l'acte de lire, vu l'intégrité de la commissure qui le relie au centre visuel.

Tels sont les faits sur lesquels se base l'explication du phénomène inconstant de l'union entre l'hémiopie et la cécité verbale. Ceux de nos lecteurs qui sont encore sous l'influence de la psychologie de l'Ecole et sont encore hantés par les fantômes nommés « les facultés de l'esprit » auront quelque peine à se débarrasser de cette influence.

Pour eux il existe un « centre des idées » ou de « l'intelligence » dans lequel s'élaborent les produits des centres sensitifs spéciaux. Pour nous, l'intelligence est une résultante ; un acte de conscience n'est que l'aspect subjectif de processus nerveux, de réflexes occupant une large étendue de l'écorce cérébrale, et évoluant en grande partie dans les divers centres sensitifs.

Les centres moteurs de même prennent part dans nombre de phénomènes intellectuels. Ainsi la pensée, ou parole intérieure, a une phase passive et une phase active : dans la première, ce sont les mémoires auditives qui jouent le premier rôle ; dans la seconde, ce sont les mémoires motrices. Nous acceptons la théorie exposée par Bain et Ferrier qui font de l'attention un phénomène d'innervation des centres moteurs. Mais pour ce qui est du langage, il nous semble que les centres moteurs, comme le centre visuel, sont soumis au centre auditif, et pour la même raison : les premières associations fondent l'interprétation des images motrices sur les images auditives.

Dans ses dernières leçons sur l'aphasie, M. le professeur Charcot présenta un cas de cécité verbale avec hémiopie bien caractérisée : un cas de lésion du lobe pariétal par conséquent. Le malade, nous est-il dit, fit des progrès considérables dans la réacquisition de l'intelligence du langage écrit par l'exercice du sens musculaire. Une semblable observation est bien faite pour confirmer les idées émises ci-dessus. Les troubles (paraphasie et paragraphie) observés dans les cas de lésion du lobe temporal prouvent clairement les rapports entre le centre auditif et les centres moteurs du langage. Ces derniers ne peuvent fonctionner correctement sans la coopération du premier que l'éducation a rendu indispensable à l'intelligence des signes. De plus les actes qui peuvent se présenter comme automatiques, de répéter ou d'écrire les mots entendus sont des réflexes qui impliquent l'existence de commissures reliant ces centres. Il est donc permis d'admettre que l'acte de tracer des caractères dont il ne peut déchiffrer la valeur par la vue n'est, pour le sujet souffrant de cécité verbale, qu'un autre moyen d'exciter les images auditives des mots. Les associations directes entre la mémoire motrice et la mémoire auditive ne sont pas cultivées chez l'homme sain pour qui la vue offre une voie plus commode quoique indirecte ; mais elles sont susceptibles de devenir plus étroites par la pratique. Aussi voyons-nous dans le cas décrit, une amélioration progressive s'effectuer sous l'influence d'exercices assidus.

Avant de terminer, je désire attirer l'attention du lecteur sur un point dans l'étude des lésions cérébrales qui ne me parait pas avoir été suffisamment mis en relief jusqu'ici. Ces lésions portent, soit sur les centres corticaux eux-mêmes, soit sur les faisceaux de fibres commissurales qui les relient entre eux. Or nous sommes arrivés, d'une part, à la conception que ces centres sont des points d'emmagasinement de mémoires diverses, motrices ou sensitives ; d'autre part nous devons admettre comme substratum physiologique de l'âme, non l'action de telle ou telle portion du cerveau, mais une résultante de processus à siège beaucoup plus étendu. Il résulte de ces données que l'effet psychique de lésions dont les manifestations extérieures n'offrent

pas de notables différences doit cependant être variable. Prenons, par exemple, deux cas d'aphasie motrice, l'un causé par la destruction du centre même de Broca, l'autre par une interruption du faisceau efférent de ce centre. Dans le premier cas le malade aura perdu l'usage de la représentation motrice des mots, dans le second il l'aura conservée. On a souvent discuté l'effet de l'aphasie sur l'intelligence, et des opinions diverses ont été émises, appuyées par des observations bien faites. Ne trouverions-nous pas là la solution de cette contradiction apparente?

Nous pourrions en dire autant des cas où la lésion étant située dans le lobe temporal a détruit, soit le siège de la mémoire auditive, soit le faisceau afférent qui lui apporte les excitations de l'extérieur.

Ici le malade conserve la faculté d'éveiller le centre dans les processus de réflexes intérieurs qui forment la base matérielle de la pensée; là cette faculté est perdue.

Il nous semble donc que lorsque la lésion est centrale le malade doit, nécessairement, subir une dégradation de ses facultés intellectuelles ; tandis que là où elle est commissurale ces dernières peuvent être conservées. Je dis peuvent, car si le foyer occupait une des commissures intercentrales, le faisceau qui relie le centre auditif au centre moteur par exemple, il est possible qu'il se produise des troubles psychiques et que le malade ne soit atteint de ce que l'on pourrait désigner comme une paraphasie psychique, ou de la parole intérieure, qui le gênerait dans ses opérations intellectuelles. Mais ce sont là des points d'analyse fort délicate que des travaux ultérieurs pourront seuls élucider.

Il serait intéressant, au point de vue de la psychologie des centres moteurs, de rencontrer un malade qui présenterait les symptômes d'une lésion bilatérale et suffisamment étendue dans la région Rolandique. Différerait-il d'un malade dont les membres seraient paralysés à la suite d'une interruption dans les faisceaux moteurs? et en quoi? — Il nous semble qu'il y ait des résultats intéressants à obtenir d'un examen plus approfondi de l'état psychique de malades atteints de lésions circonstrites du cerveau.

LIMITE D'AGE DES PROFESSEURS DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR. — La question soulevée par M. Bourneville, écrit la *Gazette médicale de Paris*, offre un grand intérêt et sera sans doute reprise un jour ou l'autre. Nous ne faisons que la signaler aujourd'hui à ceux qui se préoccupent *de maintenir à un niveau élevé l'enseignement supérieur* en France.

CONGRÈS DES DÉLÉGUÉS DES SOCIÉTÉS SAVANTES. — Ce congrès commencera à la Sorbonne le mardi 7 avril prochain, à midi 1/2. La séance générale aura lieu dans le grand amphithéatre de la Sorbonne, le samedi 11 avril, à 2 heures précises.

SERVICE DE SANTÉ AU TONKIN. — M. Louis DE SANTI, médecin-major au 126e de ligne, a été désigné pour faire partie du corps expéditionnaire du Tonkin.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE DE PARIS. — *Prix:* Cette Société décernera en janvier 1886 un prix de six cents francs à l'auteur (Docteur ou élève en médecine) du meilleur mémoire sur une question de pratique médicale, chirurgicale ou obstétricale. Pour être admis au concours, les mémoires devront être inédits, écrits en français et être sans nom d'auteur ; ils porteront une épigraphe qui sera reproduite dans un pli cacheté contenant le nom et le domicile de l'auteur. — Sont seuls exclus du concours les membres titulaires de la Société. Les manuscrits seront adressés franco au Secrétaire Général, 21, rue Cambacérès, à Paris, avant le 1er novembre 1885.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OTOLOGIE ET DE LARYNGOLOGIE. — Cette Société tiendra sa session générale à Paris les 2, 3, 4 avril 1885, à 8 heures du soir, à la mairie du 1er arrondissement, place Saint-Germain-l'Auxerrois.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

De l'admission des étrangers à l'internat dans les hôpitaux.

Lorsque la question de l'*internat des femmes* s'est posée dans la presse, nous disions à quelques-uns de nos amis, internes des hôpitaux, signataires de la pétition contre les externes femmes : « Prenez garde; vous vous engagez dans une voie illibérale, antipatriotique, et une fois que vous y serez entrés, vous serez entraînés beaucoup plus loin que vous ne pensez. Vous invoquez deux arguments contre les étudiantes : Vous incriminez la faiblesse de leur sexe, et vous leur reprochez d'être pour la plupart des *étrangères*. D'où il suit que vous serez amenés à demander l'interdiction aux étudiants étrangers des fonctions d'externes et d'internes. Et si les étudiants en médecine libres se montrent aussi peu hospitaliers que vous, ils réclameront à leur tour l'exclusion de la Faculté des étudiants en médecine étrangers sous prétexte qu'ils sont inscrits, sans avoir, comme eux, les deux diplômes de bachelier ès lettres et de bachelier ès sciences ; sous prétexte aussi qu'ils prennent leur place auprès du lit des malades dans les services de clinique, leurs places dans les amphithéâtres, dans les laboratoires, dans les salles de dissection. » Mes amis trouvaient ce langage exagéré et protestaient. Or, quelques semaines plus tard, les internes et les externes candidats à l'internat manifestaient bruyamment leurs sentiments contre les étrangers, en accueillant par des cris la proclamation du premier interne de la nouvelle promotion. Non contents de cette manifestation, un certain nombre d'étudiants en médecine, dont la qualité n'est pas indiquée, de sorte qu'on ne peut savoir s'ils sont internes ou externes, ou libres, ont adressé une pétition à M. Georges Berry, conseiller municipal réactionnaire. C'est cette pétition qui a servi de point de départ à M. Georges Berry pour poser, au Conseil municipal, une question à M. le Directeur de l'Assistance publique.

Nous allons résumer la discussion qui s'est engagée et à laquelle ont pris part avec l'interpellateur, MM. G. Robinet, Piperaud, Strauss, Chassaing, Cattiaux, Després, conseillers municipaux, et M. Peyron, directeur de l'Assistance publique. Nous laisserons de côté, comme superflu, tout ce qui a été dit relativement à l'exercice de la médecine en France par les médecins étrangers et à l'étranger par les médecins français, pour ne parler que des deux points principaux : 1° admission des étudiants étrangers au concours de l'internat ; 2° admission des médecins aux fonctions de médecin des hôpitaux, et incidemment à celles de chef de clinique, d'aide d'anatomie, etc.

M. G. Berry « ne comprend pas qu'un service administratif puisse être confié à des étrangers alors que tout le monde sait de quelle façon les Français sont traités quand ils vont à l'étranger. »

« *Nulle part*, continue-t-il, ni en Allemagne, ni en Belgique, ni en Angleterre les Français ne sont admis aux faveurs des concours et des titres : ils ne peuvent même pas exercer avec tous leurs diplômes lorsqu'ils n'ont pas subi les examens dans ces pays étrangers. En somme, c'est de notre part une générosité de dupes. Tous les ans, un nombre de places important est donné aux étrangers

qui concourent à l'internat ; depuis trois ans, *ce nombre a augmenté d'une façon notable*. Il y a un intérêt de premier ordre à ce que les places d'internes, qui donnent aux étudiants des avantages considérables, soient réservées exclusivement aux Français. L'internat, en effet, donne aux étudiants la libre disposition de la bibliothèque spéciale (1), l'accès à des laboratoires utiles, presque indispensables au dernier perfectionnement des études médicales, la faculté d'écrire dans les revues médicales, etc., etc. Il faut considérer, en outre, que les internes reçoivent des traitements : en première année, s'ils sont logés, 600 francs ; non logés, 1,200 fr. En deuxième année : logés, 800 francs ; non logés, 1,400 francs. En troisième année : logés, 1,000 francs ; non logés, 1,600 francs. En quatrième année : logés, 1,200 francs ; non logés, 1,800 francs (2).

L'orateur fait ressortir que les étudiants français sont dérangés par le service militaire, tandis que les étrangers ne le sont pas ; que c'est faire métier de dupes que d'accepter de l'étranger des étudiants préparés exprès (3), et qui, en France, seraient hors de concours, pour enlever les places d'internes à nos compatriotes, et il termine par l'anecdote suivante :

Un interne de l'Hôtel-Dieu, que je ne veux pas nommer, — vous comprendrez ma réserve — quitta Paris en 1870 pour aller prendre du service en Allemagne. Il vint assiéger Paris en qualité d'officier prussien. Et quand la guerre fut finie, ô scandale ! on le vit quitter son uniforme et venir reprendre sa place à l'Hôtel-Dieu.

Aux arguments précédents, M. Chassaing a ajouté ceux-ci : les étudiants français sont obligés de présenter les deux diplômes de bachelier ès lettres et de bachelier ès sciences ; l'internat est une fonction *rétribuée* et il n'est pas bon de nommer *fonctionnaires* des étrangers : enfin, il invoque à son tour l'*absence de réciprocité*, car « à l'étranger, où l'enseignement médical ne nous est pas donné gratuitement, l'accession à tout concours nous est refusée. »

Tels sont les arguments invoqués contre l'admission des étrangers au concours de l'internat. Comme on le voit, ils ne sont pas d'un grand poids. Aussi, a-t-il été facile de les combattre. M. G. Robinet regrette qu'une telle discussion ait pu être soulevée au Conseil. « La France, dit-il, a eu de tout temps la réputation d'être une nation hospitalière ; elle s'est toujours fait honneur d'ouvrir son enseignement, ses amphithéâtres, ses laboratoires, ses hôpitaux, à tous, sans distinction de nationalité. » Il rappelle « le nombre assez considérable de sommités médicales qui sont d'anciens internes naturalisés et qui jettent (ou ont jeté) tant d'éclat sur la médecine française. » Et il poursuit ainsi :

« N'y a-t-il pas, d'autre part, certains *avantages matériels* à admettre largement les étrangers qui viennent s'inspirer de nos méthodes ? Ce sont eux qui, ensuite, achètent nos livres, nos instruments de chirurgie, nos produits chimiques, etc. Les internes mêmes qui se plaignent recevront plus tard, quand ils seront médecins des hôpitaux, professeurs, des clients envoyés par les étrangers qui les auront connus. Ils vont donc contre leur intérêt même. Quant à la rémunération accordée aux internes et considérée comme un prélèvement sur les contribuables au profit d'étrangers, peut-on sérieusement invoquer cet argument ? Cette rémunération est absolument insignifiante, illusoire.

M. Piperaud estime que la présence des étrangers excite l'émulation ; il montre le lien qui existe entre la campagne actuelle et la campagne contre l'admission des femmes au concours de l'internat. « Nous étions habitués, dit-il, à plus de générosité de la part de la jeunesse des écoles. » Et il termine en demandant qu'on ne touche pas à ce qui existe, car « il y va du renom de générosité de Paris. » M. Strauss proteste à son tour « contre les tendances de la jeunesse des écoles. »

Il me semble, ajoute-t-il, qu'on entreprend depuis quelque temps une véritable croisade contre les étrangers. (Très bien !) Nous tous qui avons appartenu à la jeunesse du quartier latin, nous ne reconnaissons plus nos cadets. Le Conseil ne peut sympathiser, il faut le dire bien nettement, avec ceux qui ont entrepris cette campagne. Je leur demande si la France n'a pas gagné à accueillir de tout temps les « escholiers » de toute l'Europe, à les recevoir sur les bancs de la Sorbonne et du Collège de France, à admettre aux leçons des Quinet, des Michelet, toute cette jeunesse qui a répandu dans le monde entier les idées libérales et les grandes paroles de ces maîtres. (Très bien ! Très bien !) Notre devoir, Messieurs, est de les conserver parmi nous ; c'est aussi notre intérêt, car ce sont eux qui témoigneront au dehors de notre prépondérance scientifique et littéraire. (Très bien ! Très bien !)

M. Desprès, se fondant sur ce que les étrangers ont toujours été admis à concourir pour l'internat depuis qu'il existe, c'est-à-dire depuis 1804 ; qu'il n'en arrive qu'un ou deux chaque année ; que leur exclusion n'augmenterait ni la force, ni la valeur du concours de l'internat, pense qu'il faut maintenir la situation actuelle.

Il me semble, ajoute-t-il, que tout le monde aurait satisfaction : si l'on obligeait les étrangers à se présenter au concours munis des mêmes diplomes que les Français, ou de diplomes offrant une sérieuse équivalence ; ce serait une garantie pour le bon fonctionnement des services ; — si en outre les candidats à l'internat étaient assurés que le titre d'étranger n'est pas un avantage dans les jugements portés par les jurys.

Incidemment MM. Strauss et Desprès ont déclaré que, à leurs yeux, les internes des hôpitaux n'étaient pas des *fonctionnaires*, contrairement à l'assertion singulière de M. G. Berry. En cela ils ont eu bien raison car, « dans le langage politique et administratif, on ne place dans la classe des fonctionnaires que les personnes investies par leur emploi d'une portion de l'autorité ou de la puissance publiques (1). » Il est évident que les médecins et les internes des hôpitaux ne rentrent nullement dans cette catégorie. — Ajoutons que les internes des hôpitaux, et il en est de même encore des médecins, reçoivent non pas un *traitement*, mais une *indemnité*.

M. Berry se trompe aussi lorsqu'il avance que le nombre des étrangers reçus à l'internat augmente d'une façon notable. Sur ce point, M. Peyron, directeur de l'Assistance publique, a fait une réponse péremptoire : « Depuis 1871, 626 élèves ont été reçus à l'internat, 42 seulement étaient étrangers. La promotion la plus forte a été celle de 1871, où 5 étrangers ont été reçus ; un seulement a été reçu en 1884 (2). En moyenne, les étrangers sont au nombre de 3 par promotion. »

L'effet qu'a voulu produire M. Berry par son anecdote de l'interne *allemand* qui serait revenu après la guerre reprendre son service à l'Hôtel-Dieu a complètement manqué. Cette fois encore l'assertion de l'orateur était

(1) Nos lecteurs connaissent depuis longtemps la part capitale qui revient au *Progrès médical* dans la création des *Bibliothèques médicales des hôpitaux*.

(2) L'augmentation de l'indemnité accordée aux internes des hôpitaux a été votée par le Conseil municipal sur notre proposition.

(3) M. G. Berry ignore que, pour être candidat à l'internat, il faut avoir été *externe* des hôpitaux au moins pendant un an et que c'est durant cette année d'externat que les candidats se préparent, c'est-à-dire à Paris.

(1) M. Block. — *Dictionnaire de la politique*.

(2) « Et il a été reçu le dernier ! » s'est écrié M. Desprès. C'est là une erreur : l'étranger dont il s'agit, M. Albarran, a été reçu *le premier*.

erronée. L'interne en question, M. Gschwender, que nous avons connu, n'a jamais reparu, après la guerre, dans les hôpitaux de Paris.

Mais il est un argument, le principal peut-être, invoqué par les adversaires des étudiants étrangers, auquel il n'a pas été répondu au Conseil municipal : c'est celui qui est tiré de l'absence de réciprocité de la part des étrangers et de l'exclusion des français des places analogues à celles de l'internat. Pour bien juger la situation, il faut voir comment les pays étrangers se comportent envers les étrangers à quelque nationalité qu'ils appartiennent et secondairement envers nos compatriotes.

A Genève, l'organisation de l'internat pour l'hôpital cantonal est calquée sur celle des hôpitaux de Paris ; la nomination a lieu au concours ; on n'exige que la qualité d'étudiant en médecine. Dans les services de clinique il y a des assistants dont les fonctions correspondent assez bien à celles de chefs de clinique. A l'hôpital comme à la Faculté il y a presque toujours eu des étrangers, même des français. Nous citerons, par exemple, parmi les *internes* et les *privat docent* : Pénot (français), interne à l'hôpital cantonal ; notre ami Guillot, aujourd'hui à Lyon ; parmi les *assistants*, Lautenbach (américain), notre ami P. Bricon (de Paris). A Berne il y a eu, dans ces dernières années, un assistant français, M. P. Brousse ; un autre allemand, M. Anacker ; une autre américaine, Mlle Anna Hotz (de Bogota, Amérique du Sud).

A la Faculté de Strasbourg, depuis sa séparation de la France, il y a eu, entre autres, parmi les *assistants* ou les *privat-docent :* MM. Girard, A. Reverdin, Mercanton, Tiegel, Keser, Zweifel (1), tous de nationalité suisse et en majorité des cantons de langue française.

En Angleterre, nous avons vu de nos compatriotes remplir les fonctions de *house surgeon* ou de *house physician*, fonctions qui répondent à celles des internes de Paris. Dans tous ces pays, les étrangers sont rétribués sur le même pied que les nationaux.

Si, à l'étranger, le nombre des étudiants français remplissant les fonctions d'internes ou d'assistants est restreint par rapport aux autres étudiants étrangers, cela tient à leur très petit nombre.

Les faits que nous venons de citer, et qu'il serait facile de multiplier, montrent d'une manière péremptoire que l'argument capital mis en avant par les adversaires des étudiants étrangers n'a absolument aucune valeur. C'est donc avec raison que la grande majorité du Conseil a voté la proposition de M. G. Robinet *invitant M. le directeur de l'Assistance publique à admettre comme par le passé tous les étudiants en médecine au concours de l'internat, sans distinction de nationalité.*

Nous serons bref sur le vœu émis par M. Levraud, et adopté par le Conseil « pour que la qualité de français soit exigée des concurrents, au bureau central des hôpitaux et au prosectorat. » Il s'agit seulement, bien entendu, du prosectorat de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux. Jusqu'à ce jour, à notre connaissance, aucun inconvénient n'était résulté de la liberté laissée aux internes de nationalité étrangère, de concourir pour le bureau central. En effet, tous les étrangers nommés à ces places se sont fait naturaliser, par exemple, Giraldès, Axenfeld, M. Panas, etc.

(1) Actuellement professeur d'accouchements à Erlangen.

D'ailleurs, si l'on examine ce qui se fait au point de vue du choix des professeurs, nous voyons que, dans la plupart des pays étrangers on se montre tout aussi libéral. Beaucoup de français ont été appelés à enseigner dans les établissements d'enseignement supérieur. Nous citerons, entre autres, en Angleterre : MM. Korcher, Valentin (Ecole de Woolwich), Talandier, Balagué...., (Ecole de Sandhurst), Aigre de Charente, Cambret, Talandier (Staff College), etc. — En Suisse, Jousserandot (français), à la Faculté de droit de Genève ; Laskowski, à la Faculté de médecine de Genève ; Schiff et Zahn (allemands), à la même faculté (1) ; — à Berne ; on a vu ou on voit encore comme professeurs, MM. Lücke, Naunyn, Gasser, Kroneker, Th. Langhans, Müller, Nencki, Lichtheim, Flesch, Klebs (2) (allemands), Breisky (de la Bohême), Acollas (français), actuellement inspecteur général des prisons et bien connu par son enseignement du droit et par ses remarquables travaux. Nous croyons superflu de rappeler les noms des français qui ont été appelés à des chaires d'enseignement supérieur en Egypte, au Japon, au Brésil, etc. (3).

Les avantages matériels que peuvent retirer les commerçants de Paris du séjour des étudiants étrangers chez nous, depuis les maîtres d'hôtel jusqu'aux fabricants d'instruments de chirurgie et les libraires ; les avantages matériels qu'en retirent les professeurs de l'école et les médecins des hôpitaux, méritent assurément d'être pris en considération, bien que, à nos yeux, ils soient secondaires, et n'existeraient-ils pas que l'on n'en devrait pas moins continuer à admettre généreusement les étrangers.

C'est que, au-dessus de ces intérêts personnels, il y a l'intérêt même de la France. Son renom d'hospitalité, comme on l'a si bien dit, serait mis en doute, et la *France républicaine* serait moins généreuse, moins libérale que la France monarchique. Cela n'est pas possible et ce qui caractérise bien, au reste, l'esprit des pétitionnaires, c'est qu'ils se sont adressés à l'un des rares conseillers municipaux qui représentent les idées du passé. La grandeur d'un pays, tout le monde le sait, dépend de son action sur le monde, non pas dans l'ordre brutal, mais dans l'ordre intellectuel, dans la voie du véritable progrès. Les agents de cette action civilisatrice ce sont les nombreux étrangers qui, après avoir suivi les cours de nos Écoles et de nos Facultés, vont propager dans leur pays nos idées, nos œuvres littéraires, nos travaux scientifiques.

Cours d'accouchements : M. Tarnier.

Le mercredi, 18 mars, à midi, M. TARNIER a repris son cours d'accouchements, dans le grand amphithéâtre de la

(1) A propos de Genève nous croyons savoir que lors de la création de la Faculté de médecine des offres avaient été faites à MM. E. Bœckel, Brown-Sequard (celui-ci avait même accepté), Léon Tripier, Dubois-Reymond, Ranvier, etc.

(2) Klebs est actuellement professeur d'anatomie pathologique à Zurich.

(3) En Russie, le nombre des professeurs de nationalité allemande est considérable : à Dorpat presque tous les professeurs sont allemands ; en Autriche et en Belgique on trouve de même de nombreux allemands enseignant dans les facultés.

Faculté, devant un nombreux et sympathique auditoire.

Le professeur s'occupera cette année des opérations obstétricales et des maladies de la grossesse. Il a expliqué qu'il commencerait par les opérations, afin de permettre aux élèves de les répéter avec plus de fruit dans les manœuvres obstétricales qui ont lieu chaque été à l'Ecole pratique. Puis, il est entré dans son sujet en décrivant le tamponnement vaginal, dont la connaissance doit être familière à tous les médecins, car il n'en est pas un qui ne puisse être appelé à le pratiquer.

Il est inutile de faire ressortir tout l'intérêt d'un pareil cours, que la haute expérience du maître et son enseignement méthodique, clair et lucide, rendent encore plus attrayant. Aussi, ne saurions-nous trop engager les étudiants à s'y rendre assidûment, malgré l'heure incommode à laquelle il a lieu et qui pourrait être pour plusieurs d'entre eux la cause d'une abstention regrettable. Ils seront récompensés de leur zèle par la multitude d'enseignements précieux qu'ils puiseront dans ces leçons et qu'ils pourront mettre à profit dans leur pratique à venir.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 9 mars 1885.

M. Arnaud a fait au laboratoire de M. Chevreul des recherches sur les *matières colorantes des végétaux*. En traitant par le pétrole les feuilles desséchées et réduites en poudre, il a obtenu de petits cristaux d'une matière rouge orangé. Cette matière est identique à la carottine qui colore la pulpe de la carotte. Ces deux substances possèdent la même apparence et les mêmes propriétés chimiques. La carottine se retrouve donc dans les différents organes des végétaux ; elle paraît accompagner la chlorophylle constamment.

M. Lemoine donne les caractères spécifiques du *simœdosaure*, reptile de la faune cernayrienne des environs de Reims.

M. Albert Gaudry annonce à ses collègues de l'Académie l'ouverture au Muséum d'une galerie provisoire pour placer les grands squelettes des animaux fossiles.

M. Bouley, président de l'Académie, fait part de la mort de M. Serret, membre de la section de géométrie. Les discours prononcés sur la tombe du défunt, par MM. Jordan, Ossian, Bonnet, Faye et Renan, sont insérés dans les comptes rendus.

Paul Loye.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 14 mars 1885. — Présidence de M. d'Arsonval.

M. Rabuteau continue l'exposé de ses recherches sur les *poisons curarisants*. Il a préparé du salicylate de méthyle, éther plus connu sous le nom d'*essence de gaultheria procumbens*, en traitant de l'alcool méthylique par du salicylate de soude et de l'acide sulfurique. Cet éther, d'une odeur agréable, presque complètement insoluble dans l'eau, jouit, comme le salycilate de soude, de la propriété de colorer les sels de fer en violet. Ainsi que sa composition atomique permettait de le supposer, ce corps est un très mauvais anesthésique.

M. Brown-Séquard, dans ses recherches sur la cocaïne, a pu démontrer expérimentalement que cette substance n'agissait pas localement pour produire l'anesthésie, mais produisait au contraire de l'inhibition à distance.

M. Charpentier envoie une note. de laquelle il résulte que la cocaïne agit comme un poison très violent, beaucoup plus actif que la strychnine ou l'atropine sur les infusoires à chlorophylle.

M. Tscherning présente une malade atteinte de strabisme divergent avec *triplopie* binoculaire.

M. Grimaux présente une note de M. Wassermann sur la peptone et la peptonurie pendant la digestion.

M. F. Franck présente une note de M. Sicard, du laboratoire de M. Arloing, dans laquelle l'auteur expose que la puissance excito-motrice des nerfs persiste beaucoup plus longtemps lorsque la mort a été causée par le refroidissement que lorsqu'elle est survenue dans les conditions ordinaires.

M. Franck, en curarisant récemment un chien, sentit en posant la main sur la région cardiaque de l'animal un thrill très manifeste. Frappé de ce fait, il ausculta le cœur et reconnut un souffle systolique ayant pour maximum d'intensité la base de cet organe et la partie gauche de la région thoracique. Avant de sacrifier l'animal qu'il présente à la Société, il émet l'opinion qu'il existe là soit un rétrécissement de l'artère pulmonaire, soit une communication interventriculaire. Ce qui est particulier, c'est que ce *jeune* chien est bien portant, et que rien dans les fonctions vasculaires ne révèle l'existence de cette anomalie. Il rapproche ce fait de trois cas qu'il a eu l'occasion d'observer chez des individus jeunes, dont deux sont maintenant adultes et bien portants, et dont le troisième n'a succombé qu'à l'âge de 46 ans : il existait chez ce dernier une communication interventriculaire.

M. Œchsner de Coninck expose le résumé des recherches physiologiques sur l'*hydrocicutine* qu'il a entreprises avec M. Bochefontaine. Ce corps, obtenu par synthèse, présente des propriétés très sensiblement analogues à celles de la cicutine. Continuant ses recherches sur les *alcaloïdes pyridiques*, il a pu, au moyen de procédés très simples, en déceler la présence dans l'ammoniaque du commerce.

Gilles de la Tourette.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 17 mars 1885. — Présidence de M. Bergeron.

L'Académie procède à l'*élection* d'un membre associé national dans la première division. Votants : 64 ; majorité, 33. Au premier tour de scrutin, M. Desgranges (de Lyon) obtient 24 voix ; M. Durand-Fardel, 29 : M. Denucé (de Bordeaux), 11. Aucun candidat n'ayant réuni la majorité des suffrages, il est procédé à un deuxième tour de scrutin. Votants : 62 ; majorité, 32. M. Durand-Fardel obtient 32 voix ; M. Desgranges, 27 : M. Denucé, 1. En conséquence, M. Durand-Fardel est proclamé membre associé national de l'Académie.

M. Surmay (de Ham) communique une observation de *suture du nerf médian*. Il s'agit d'un jeune homme qui, tombant sur un tesson de bouteille, s'était sectionné le médian, d'où une perte de la sensibilité des trois premiers doigts de la main droite et une diminution sensible dans les mouvements de l'index et du médius. La résection et la suture du nerf médian amenèrent la guérison de tous ces troubles moteurs et sensitifs.

M. Terrillon présente un malade auquel il a pratiqué la *gastrostomie* pour un rétrécissement cicatriciel de l'œsophage. Le rétrécissement était dû à l'ingestion par mégarde de potasse caustique. L'opération fut faite conformément aux règles établies par M. L. Labbé et fut suivie d'une amélioration notable de l'état général. Un mois après l'opération, le rétrécissement, jusque-là infranchissable, put être franchi par une bougie filiforme. M. Terrillon se demande si le jour où le rétrécissement sera modifié avantageusement par le cathétérisme, il serait en droit de détruire la fistule stomacale. Il estime qu'il ne convient pas

d'adopter une ligne de conduite immédiate, préférant s'en remettre aux indications ultérieures.

M. Le Dentu présente un *rein enlevé*, il y a trois jours, à un homme, âgé de 39 ans, et souffrant de violentes coliques néphrétiques.

M. Laboulbène fait une communication sur la *propagation du choléra au moyen des eaux potables*. M. Laboulbène relate l'histoire d'une épidémie de choléra dans la vallée d'Aspet (Haute-Garonne), due à une importation d'origine marseillaise, et où l'influence des cours d'eau sur la propagation a été incontestable.

M. Combe fait une communication sur les *altérations dentaires chez les morphinomanes*.

L'Académie nomme les commissions suivantes : 1° Pour l'étude de la prophylaxie de la syphilis, MM. L. Colin, L. Le Fort, Le Roy de Méricourt. Ricord. Fournier ; 2° pour l'étude des causes des mouvements de la population en France, MM. Blot, Roussel, Roger, Guéniot, Rochard. Lunier, Lagneau.

M. de Villiers lit un rapport, au nom de la commission de l'hygiène de l'enfance, sur les mémoires adressés à l'Académie en 1883. A. J.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 6 juin 1884. — Présidence de M. Cornil.

4. Méningite tuberculeuse en plaque, siégeant sur le lobule paracentral et ayant occasionné une monoplégie crurale, avec attaques épileptiformes; par M. Bouygues.

Le nommé Coues.... Etienne, âgé de 48 ans, ajusteur mécanicien, entre le 26 mai 1884, à l'Hôtel-Dieu annexe), salle Saint-Antoine, lit n° 13 (service de M. Chauffard).

Ce malade présente les antécédents pathologiques suivants : A l'âge de 23 ans, il a souffert pendant quatre à cinq mois d'accès de fièvre intermittente, en Afrique, où il était soldat.

Il y a quatre ans, il contracte une pleurésie gauche, pour laquelle il est soigné durant trois mois dans le service de M. Damaschino. Il conserve quelques douleurs dans le côté gauche de la poitrine, commence à tousser, maigrit un peu et présente quelques sueurs nocturnes peu abondantes. Au mois de janvier dernier, affection pulmonaire ayant duré trois mois. Depuis, son état de santé est assez satisfaisant pour lui permettre de se livrer sans trop de fatigue à son travail.

Il nie énergiquement la syphilis, dont on ne peut, du reste, trouver la moindre trace, mais accuse des habitudes alcooliques. Le début des accidents actuels remonte au jeudi 22 mai.

22 *mai*. Ce jour-là, pendant qu'il marchait, sa jambe droite fléchit brusquement sous lui, et il tombe sur le trottoir. Cet accident se produit subitement, sans qu'il se soit aperçu auparavant de la moindre faiblesse ou du moindre changement dans son état habituel. Pas de perte de connaissance. Il se relève péniblement et peut se traîner jusque chez lui, en s'aidant de ses mains pour soulever sa jambe paralysée. Il se couche, et, dans son lit, peut fléchir son genou, soulever même un peu le pied, mais avec beaucoup d'efforts. Les jours suivants, la faiblesse augmente. et bientôt il ne peut plus imprimer à la jambe le moindre mouvement. Pendant ce temps, surviennent quelques douleurs sourdes, et une sorte d'engourdissement avec fourmillements dans la partie interne de la cuisse. Pas de symptômes céphaliques.

Le 26 *mai*, cinquième jour de l'accident, il ressent dans la matinée des douleurs violentes, continues, profondes dans la région frontale, s'étendant d'une tempe à l'autre, et sans localisation précise. Il avait déjà, ce jour-là, à son réveil, ressenti quelques fourmillements dans le bras droit, et constaté un peu de parésie de ce membre. Il entre dans la journée à l'hôpital.

A son entrée, nous constatons une paralysie complète du membre inférieur droit, avec flaccidité musculaire. Impossibilité absolue d'exécuter le moindre mouvement.

La sensibilité dans ses divers modes : toucher, douleur ; la température est normale et ne diffère en rien de celle du côté opposé. Le réflexe plantaire est très marqué et le chatouillement produit des mouvements saccadés dans tout le membre. Le réflexe patellaire, normal à gauche, est exagéré du côté atteint. Réflexe testiculaire peu marqué.

La coloration des téguments, la température (constatée à la main) sont les mêmes que du côté sain. Il n'y a pas d'œdème. Dans le bras, le malade peut exécuter tous les mouvements. La force est cependant un peu diminuée. L'examen de la sensibilité, des réflexes de la température ne révèle rien qui diffère du côté opposé. On ne peut constater à la face ni au tronc le moindre trouble paralytique. Du côté de l'appareil respiratoire, on trouve de la toux avec expectoration muco-purulente ; l'auscultation révèle une respiration rude avec craquements dans le sommet droit et des râles humides au sommet gauche, surtout en avant. Rien dans l'appareil digestif, à part quelques vomissements pituiteux le matin et de la constipation habituelle.

Les bruits du cœur sont secs et rudes à l'orifice aortique, avec un léger bruit de galop. Pas de souffle.

Les radiales sont athéromateuses, roulent sous le doigt. Le pouls est dur, régulier. Le sommeil est lourd, interrompu par de fréquents cauchemars. Les urines sont claires, abondantes, ne donnant pas de précipité albumineux par la chaleur ou le réactif de Tanret. On obtient par l'acide nitrique, à la partie inférieure du verre, une teinte rosée, très marquée. Pas de sucre.

En présence de ces troubles purement paralytiques, sans modifications sensitives, localisation à droite, très accentuée au membre inférieur, à peine marquée dans le bras ; on songe à une lésion méningo-encéphalique, siégeant probablement sur le lobule paracental gauche, avec irradiations du côté de l'extrémité supérieure des deux circonvolutions pariétale et frontale ascendantes. La présence simultanée d'une tuberculose pulmonaire déjà avancée, l'absence de syphilis, font incliner le diagnostic en faveur d'une lésion d'origine tuberculeuse En même temps, alcoolisme et artério-sclérose, avec légère hypertrophie cardiaque et néphrite interstitielle probable. Traitement : iodure de potassium, 2 gr. ; bromure, 4 gr.

27 *mai*, à onze heures du soir, première attaque épileptiforme.

28 *mai*, à six heures du matin, deuxième attaque épileptiforme débutant par des mouvements convulsifs dans le bras droit. Le malade sent les convulsions gagner le côté correspondant du tronc. puis le membre inférieur. Il perd alors connaissance. Les convulsions se généralisent au reste du corps et à la face, avec prédominance à droite.

La peau devient cyanosée ; une écume blanchâtre, non sanguinolente s'écoule des lèvres. Enfin, la tête et la bouche se dévient à droite, et le malade tombe dans le coma. Miction involontaire. Réveil au bout d'un quart d'heure environ après le début de l'attaque. A la visite du matin, le malade se plaint de maux de tête intenses, fatigue extrême. Il se rappelle les deux attaques qu'il a eues et leur mode de début. Vers une heure, troisième attaque, au moment où il venait de se soulever pour boire. Il ressent comme le matin des mouvements convulsifs dans le bras droit. Les convulsions s'étendent au membre inférieur, puis aux quatre membres, enfin à la face, avec prédominance à droite. La tête reste immobile. La respiration est forte, entrecoupée, la face cyanosée. Enfin, après quatre minutes de convulsions, le malade tourne la tête et les yeux du côté droit et tombe dans le coma. Miction involontaire. Le coma dure quatorze minutes. Le soir, fatigue excessive ; même état subjectif. A sept heures, quatrième attaque analogue aux précédentes.

29-30 *mai*. Pas de nouvelles attaques ; même état.

31 *mai*. Il paraît y avoir un peu d'amélioration. Le malade peut plier la jambe sur le plan du lit, mais, malgré ses efforts, ne peut réussir à la soulever. Les forces sont revenues dans le bras. Dans la nuit, nouvelle et cin-

quième attaque, ayant débuté, celle-ci, par le membre inférieur.

1er *juin*. La paralysie a reparu complète dans le membre inférieur.

2 *juin*. Il peut plier un peu la jambe et exécuter les mouvements avec le bras, mais avec une certaine hésitation. Les fourmillements persistent dans la cuisse. Notons que, jusqu'à présent, le malade n'a présenté que des symptômes paralytiques avec épilepsie jacksonnienne. Nous n'avons trouvé ni délire, ni rétraction du ventre, ni constipation, ni vomissements, ni irrégularité ou ralentissement du pouls, ni raie méningitique, ni phénomènes oculo-pupillaires.

3 *juin*. La paralysie est complète dans le membre inférieur.

4 *juin*. Le faciès s'amaigrit un peu. Le malade répond aux questions, mais il a l'air moins conscient. Il a un peu d'obnubilation intellectuelle. Les douleurs de tête diminuent. Le ventre se rétracte. Un peu de constipation. La sensibilité est plus vive et plus rapide à gauche qu'à droite. En présence de ces phénomènes, on songe à la diffusion des lésions et à la formation de tubercules sur les parties voisines des méninges.

5 *juin*. L'état méningitique s'accentue. Rétraction du ventre. Constipation. Raie méningitique peu accusée cependant. Subdélirium.

6 *juin*. Le malade est couché dans le décubitus dorsal; la tête est renversée en arrière, la nuque raidie, le regard fixe, les sourcils froncés. Inattention : il répond à peine aux questions. Pas de délire bruyant; mais, de temps en temps, marmottement avec quelques mouvements carphologiques. Ventre rétracté. Diarrhée. Raie méningitique faible. Rétention d'urine. A partir de ce moment, l'état s'aggrave; le malade tombe dans un demi-coma, le pouls s'accélère, la température s'élève. Bientôt les bronches s'embarrassent, la respiration devient stertoreuse, le coma est complet. Il y a du délire avec mouvements inconscients, et la mort survient le 9 juin à neuf heures du soir.

AUTOPSIE le 11 juin, 40 heures après la mort. — *Poumons*. Adhérences pleurales généralisées des deux côtés avec fausses membranes plus épaisses et plus résistantes à gauche; ramollissement caverneux du sommet gauche; infiltration tuberculeuse du sommet droit. Congestion intense des bases.

Cœur, de volume à peu près normal, ne présente à noter que deux plaques de consistance cartilagineuse sur les valvules aortiques.

Foie. Pas d'altérations sensibles. Son volume, sa coloration, sa consistance sont normaux. — *Rate* petite, ramollie, un peu grisâtre, adhère par sa face externe à la paroi abdominale. — *Reins* de petit volume. A la coupe, leur tissu est grisâtre. La substance corticale paraît un peu atrophiée. La décortication est facile et la surface est lisse, sans granulations apparentes.

Cerveau. Hémisphère droit : Un peu de congestion des méninges. L'intérieur de la scissure sylvienne est vascularisé, mais on n'y voit pas de granulations tuberculeuses. Un examen attentif n'y fait découvrir aucune autre lésion. Hémisphère gauche : Quelques adhérences de la dure-mère au niveau de la partie moyenne du bord supérieur.

La *pie-mère* est congestionnée. Sur la face interne, au niveau du lobule paracentral, occupant tout cet espace, on voit se dessiner sous la pie-mère un exsudat d'un blanc jaunâtre, plus abondant autour des vaisseaux, et au milieu duquel on distingue quelques granulations tuberculeuses. Cet exsudat s'étend en traînées péri-vasculaires, longeant le bord supérieur de la circonvolution du corps calleux jusqu'au niveau de son tiers antérieur. En arrière, ces lésions s'étendent un peu en haut sur la partie supérieure et antérieure du lobe carré. Un semis de granulations tuberculeuses discrètes s'observe à la face interne de la première frontale, dans sa moitié postérieure surtout, sur la moitié antérieure du lobe quadrilatère, et sur la portion moyenne de la circonvolution du corps calleux. En regardant l'hémisphère par sa face supérieure, on voit que cette exsudation se prolonge sur une largeur de 1 cent. et demi environ, parallèlement à la scissure interhémisphérique, vers la partie supérieure de la frontale ascendante, englobant le pied de la première frontale. En arrière, elle embrasse l'origine de la pariétale ascendante et une faible portion du lobe pariétal supérieur. Quelques rares granulations jaunes sont éparses sur le tiers supérieur de la frontale et de la pariétale ascendante. La scissure sylvienne est rouge, mais ne présente pas de granulations. Une coupe superficielle pratiquée au niveau de l'exsudat montre une congestion intense de la substance cérébrale sous-jacente, avec quelques petits foyers apoplectiques.

Le *cervelet*, le *bulbe* n'offrent qu'une légère vascularisation. On n'y voit pas d'exsudat, ni de granulations. La moelle et les méninges rachidiennes ne présentent, du moins à l'œil nu, aucune altération.

Nous remarquons tout d'abord dans cette observation la localisation initiale de la lésion dans le lobule paracentral, et la diffusion consécutive des granulations tuberculeuses dans les terrains avoisinants, opposées à l'intégrité des points d'élection de la tuberculose méningée. Ce fait rentre dans la catégorie de ceux que Chantemesse a décrits sous le nom de méningites en plaques, et fournit un exemple de plus des localisations aberrantes des lésions méningées de la tuberculose. Nous y voyons ensuite que la tuberculose méningée peut déterminer par sa localisation sur certains points des phénomènes paralytiques circonscrits. Ces faits, mal connus naguère, reçoivent chaque jour de nouvelles confirmations. Nous sommes autorisés à en conclure que les phénomènes paralytiques peuvent, par leur délimitation, fournir cliniquement des données sur le lieu de production des lésions causales.

Les symptômes en foyer que nous avons observés nous ont permis de déterminer le siège exact des altérations anatomiques au niveau du centre moteur du membre inférieur. Les expériences des physiologistes et les observations cliniques avaient assigné à ce centre le lobule paracentral et la partie supérieure des circonvolutions ascendantes et du lobe pariétal supérieur.

Dans une thèse récente, M. Prévost a recueilli un certain nombre d'observations où les lésions du lobule paracentral ont été accompagnées de monoplégie crurale. Dans 15 observations où cette paralysie s'accompagne d'une paralysie plus ou moins complète du membre supérieur, 14 fois la lésion du lobule paracentral est explicitement notée. Le cas qui s'offre à nous peut leur être comparé. Nous y trouvons une lésion occupant le lobule paracentral et la partie adjacente des circonvolutions ascendantes. De l'observation de ce fait, nous nous croyons en droit de conclure avec Ballet (1) : « Que lorsqu'en clinique on trouve « isolée, ou secondairement associée à d'autres paraly- « sies, la monoplégie de l'un des membres inférieurs, on « a affaire à une lésion du lobule paracentral ou de la « partie la plus élevée des frontale et pariétale ascendantes « du côté opposé. »

Séance du 20 *juin* 1884. — PRÉSIDENCE DE M. CORNIL.

7. M. CORNIL montre des *microbes de l'érysipèle* dans un *cas de néphrite infectieuse*. Ils sont disposés en chaînette, remplissent certains capillaires, dont quelques-uns sont dilatés; ils sont très rares dans les tubuli. M. CORNIL rappelle que, dans la première partie de cette communication, il avait signalé la présence de ces microbes dans l'urine de la malade. Dans le poumon splénisé, on a trouvé des organismes ovoïdes, en retirant un peu d'exsudat à l'aide d'une seringue de Pravaz immédiatement après la mort.

8. M JARDET présente des *aiguilles osseuses* dans un *poumon d'ataxique*.

M. CORNIL rappelle à ce propos les diverses concrétions

(1) Ballet. *Archives de Neurologie*, 1883. Des localisations cérébrales dans l'écorce motrice.

calcaires ou osscuses que l'on peut rencontrer dans le poumon, soit autour des bronches, soit sous la plèvre. Ces concrétions s'observent surtout dans les pneumonies chroniques ardoisées.

Séance du 27 juin 1884. — Présidence de M. Cornil.

9. Calcification du péricarde. — Eruption de vaccine généralisée ; par M. Tissier.

La nommée Dclouette, veuve Richer, âgée de 51 ans entre à l'hôpital Lariboisière, salle Sainte-Claire, lit n° 1, (service de M. Siredey), le 22 décembre 1883.

Elle n'a pas éprouvé dans sa vie de maladie importante. A diverses reprises, elle dit avoir ressenti de vagues douleurs dans les jointures ; mais n'a jamais souffert d'accès francs de rhumatisme articulaire.

Plusieurs fois elle a eu des érysipèles de la face qui ne paraissent pas avoir présenté de gravité et qui se sont terminés chaque fois en quelques jours. Ces poussées érysipélateuses étaient indépendantes des époques menstruelles. C'est à huit ou dix ans qu'on doit faire remonter le début de l'affection du cœur dont elle est actuellement porteuse. La date précise est difficile à déterminer, la malade disant avoir remarqué, depuis extrêmement longtemps, qu'elle était sujette aux palpitations et très facilement essoufflée. Elle déclare avoir souvent constaté une enflure légère et passagère de ses jambes.

Il y a cinq à six ans les symptômes précédents se sont manifestement accusés et c'est alors qu'elle aurait appris, en consultant, qu'elle était atteinte d'une maladie du cœur.

Depuis, elle a toujours été malade, a vu son ventre enfler au point qu'il a fallu pratiquer deux paracentèses de l'abdomen.

L'œdème et l'essoufflement ont été augmentant ou diminuant alternativement, souvent la malade a eu de longues périodes de repos ; mais au mois de décembre, elle est devenue sans cause connue, beaucoup plus souffrante, et dut venir à l'hôpital.

Quand elle y est entrée, l'œdème des jambes était si considérable que M. Siredey fit, avec une aiguille d'acier chauffée à blanc, quatre à cinq piqûres à chaque jambe, en même temps qu'il prescrivit une potion à la digitale.

Outre l'œdème des membres inférieurs on constatait de la dilatation du cœur, la distension des jugulaires, une teinte cyanique des extrémités, tout le faciès habituel des *cardiaques*, mais il était difficile de surprendre au cœur quelque bruit pathologique bien caractérisé, le premier temps était soufflant et c'était tout ; le choc précordial très faible et irrégulier. Dans la poitrine, râles nombreux d'œdème pulmonaire. Gros foie, pas d'ascite, urines légèrement albumineuses. Sous l'influence du traitement l'enflure diminua rapidement, mais les points où la peau avait été piquée devinrent le centre de poussées lymphangitiques que les cataplasmes et les applications d'eau de sureau ne firent pas tomber et peu à peu toute la moitié inférieure des jambes fut envahie par une coloration.

Eruption généralisée de vaccine. — Sur ces entrefaites la malade, qui n'avait jamais été vaccinée et qui n'avait pas eu non plus la variole, fut inoculée au vaccin de génisse le 4 mars. M. Chambon lui fit trois inoculations au bras gauche. Les trois pustules qui succédèrent à la vaccination prirent des dimensions démesurées. Elles s'entourèrent d'une zone étendue d'inflammation intense, puis, vers le vingtième jour, laissèrent chacune à leur place une vaste ulcération de trois centimètres de diamètre, ulcération rouge-vif entourée d'une couronne pseudo-membraneuse grisâtre.

Toute la partie supérieure du bras était le siège d'une rougeur intense et les ganglions de l'aisselle étaient tuméfiés et douloureux. Peu à peu, lentement, à partir de la fin de mars, ces ulcérations se cicatrisèrent, et à la fin du mois d'avril, il ne restait plus que des traces très apparentes des ulcérations pustuleuses. Pendant que la vaccine évoluait ainsi sur le bras, il était apparu, sept à huit jours après la vaccination, une éruption de boutons sur les deux jambes œdématiées et érythémateuses Ces boutons, dans le principe, ressemblaient absolument aux boutons qui se développaient simultanément sur le bras. Cette éruption, très confluente, se comporta comme une éruption de variole. Les papules s'ombiliquèrent, s'abcédèrent en formant des ulcérations grisâtres, circulaires, des dimensions d'une lentille. La transformation s'opéra en l'espace de dix jours. Toutes les papules ne passèrent pas par les mêmes phases.

Celles qui occupaient en très grand nombre la région sus-malléolaire et qui d'ailleurs semblaient être nées plusieurs jours après les précédentes, restèrent à l'état de papules accolées, faisant un léger relief à la surface de la peau. Elles persistèrent en cet état, pressées les unes contre les autres, se confondant par leur rougeur avec la peau du voisinage et disparurent insensiblement. On ne pouvait plus que difficilement les distinguer au commencement d'avril.

Les papules qui avaient opéré leur évolution complète furent remplacées chacune par une ulcération sanieuse qui suinta jusqu'à la mort. En arrière des mollets, les pustules, étant très rapprochées les unes des autres, donnèrent lieu à de très larges ulcérations de configuration irrégulière, qui ne guérirent jamais et manifestèrent au contraire une tendance constante à s'étendre.

Les deux jambes furent à peu près également atteintes, plus cependant la jambe droite. Mais le fait à signaler, c'est que pas une papule ne se montra sur les parties de la peau qui n'étaient pas primitivement enflammées. Un dessin colorié, fait par M. Chambon et remis à M. Siredey, reproduit toute cette disposition.

Il semble que dans ce cas il s'est agi d'une éruption de vaccine généralisée primitive, et non d'éruption secondaire par auto-inoculation. La malade affirme ne s'être pas grattée et surtout l'époque d'apparition serait peu favorable à la seconde hypothèse. Cette discussion, agitée par M. Moulinet, dans une thèse récente sur la question, est résolue par l'auteur dans le même sens que par nous.

De cet accident, la malade parut bénéficier. Ses jambes étaient déjà malades avant la vaccination. Mais l'irritation plus vive et l'abondance de suppuration créèrent une sorte de dérivation favorable. Malgré des plaintes continuelles au sujet de cette complication, les battements du cœur se régularisaient, les râles pulmonaires diminuaient et la respiration s'accomplissait moins péniblement. Néanmoins l'amélioration fut de courte durée ; le 15 juin la dyspnée augmenta ; l'insuffisance du cœur s'accusa et, après quelques jours de lutte, par les progrès de la cachexie cardiaque, la mort survint le 21 juin.

Autopsie pratiquée le 22 juin. — *Poumons* fortement congestionnés. Un peu de liquide dans les plèvres. — *Foie* volumineux, pesant 2,060 gr., présentant à la coupe l'aspect du foie muscade, recouvert sur toute sa surface séreuse d'une sorte de coque de périhépatite, coque blanchâtre, translucide, brillante, d'aspect cartilaginiforme, résistante à l'ongle, ferme sous le bistouri, d'une épaisseur de 2 à 3 millimètres, à peu près égale dans toute son étendue, production appartenant à la variété des fibromes en plaques, fibromes lamelleux ou cornéens. — La *rate* offre un revêtement tout semblable à celui du foie. Rien dans les autres organes abdominaux.

Les *reins* sont rouges et congestionnés. — Le *cœur*, avec son enveloppe, est séparé des poumons ; il offre une consistance particulière ; il est comme protégé par une façon de cuirasse circulaire qui l'embrasse. En examinant de plus près, le péricarde est adhérent dans toute son étendue au feuillet viscéral péricardique. On arrive cependant assez facilement à détacher les adhérences au niveau de la pointe et sur le bord droit du cœur ; mais, en décollant, on arrive vers la base en un point où l'union est intime, et à ce niveau la qualité des adhérences a changé. Au lieu de brides fibreuses, il existe un véritable tissu osseux ou ossiforme étendu en larme et reliant intimement le tissu péricardi-

que au myocarde. Cette transformation ossiforme s'est effectuée irrégulièrement à la base des ventricules. La bande ossifiée affecte la forme d'un anneau jeté obliquement en écharpe à la base des ventricules, anneau large de 4 millim. au niveau de la face antérieure et de la face postérieure, de 5 à 5m,5 sur le bord droit, s'élargissant davantage au niveau du bord gauche et présentant à ce niveau comme le chaton d'une bague chevalière. En ce point, la lame ossifiée s'étend jusqu'à la pointe, non pas en prolongement aigu, mais en lame arrondie; l'anneau est interrompu, sans avoir été brisé, en trois points, où le tissu fibreux a persisté en avant, au milieu de l'anneau, en arrière de l'oreillette gauche et au niveau du bord droit. Il y a en ces points une articulation très serrée, à peine mobile. La transformation calcaire paraît un processus superficiel, uniquement péricardique, malgré quelques petits prolongements en stalactites, minimes, dans le tissu musculaire des oreillettes et des ventricules.

Examinées au microscope, des particules détachées de l'anneau calcaire apparaissent bien manifestement être du tissu conjonctif infiltré de sels de chaux et ne présentent nulle part trace d'ossification vraie. L'artère aorte n'est en aucun point athéromateuse, non plus que les artères voisines. Les orifices aortique et pulmonaire sont suffisants; leurs valvules sigmoïdes sont en excellent état de fonctionnement. Entre les deux artères est un ganglion lymphatique noirâtre, en partie calcifié. Les deux oreillettes, situées au-dessus de la carapace annulaire, sont vastes, musculeuses et montrent béants les orifices auriculo-ventriculaires qui ne sont ni rétrécis, ni insuffisants, et dont les valvules, au toucher, paraissent intactes. Le poids du cœur est de 510 grammes.

Les observations de symphyse et de calcification péricardiques ne sont pas extrêmement rares, mais il est peu commun de trouver des cœurs aussi complètement transformés que celui dont nous venons de faire la présentation. M. Quénu, en 1878, a recueilli un péricarde calcifié exclusivement au niveau des sillons interventriculaires et tout au long des artères coronaires. M. Luc, en décembre 1882, a présenté également un péricarde très partiellement calcifié. Enfin, M. Rivet, en mars 1882, a montré à la Société un péricarde calcifié sur une grande étendue. La femme qui en était porteuse était en même temps athéromateuse, comme du reste le malade de M. Luc, ce qui constitue une différence entre les pièces précédemment présentées et la nôtre. On pourrait se demander si les adhérences calcifiées établies entre les feuillets péricardiques sont de même nature que le revêtement fibromateux constaté sur toute la surface de la rate et du foie, se souvenant que les fibromes lamelleux sont souvent le siège d'infiltration calcaire. M. le Dr Cornil estime qu'il faut dans l'espèce rejeter tout rapport de nature entre les deux processus péricardique et péritonéal.

M. Laugier présente un *cas de plaie pénétrante de la crosse de l'aorte*, faite à l'aide d'un couteau de poche, dont la lame a traversé le bord gauche du sternum au niveau de sa fourchette, à la hauteur du second cartilage costal. Il s'est fait une hémorrhagie abondante dans la plèvre gauche : la mort a été instantanée.

M. Tissier fait voir un cas de *calcification étendue du péricarde*. Il existe un large anneau calcifié étendu entre les oreillettes et le ventricule.

10. Insuffisance aortique par endocardite interstitielle, par Lubet-Barbon, Interne de l'hôpital Tenon.

Le *cœur* provient d'un enfant de 15 ans, mort dans le service de M. Barth. — Fils de rhumatisant, il fut atteint de chorée à l'âge de 12 ans, mais il n'a jamais eu d'*attaque de rhumatisme*. Depuis trois ans, il a été traité à diverses reprises pour palpitations, accès de suffocation, œdème des membres inférieurs, phénomènes qui ont cédé à l'emploi de la digitale.

Il entre dans le service avec l'exagération de tous ces symptômes. Nous trouvons le thorax globuleux, un cœur énorme, dont la pointe bat au-dessous de la septième côte, et dont les battements sont tumultueux. On peut cependant reconnaître un souffle intense à la base et au deuxième temps, un autre à la pointe et au premier temps. Le foie est très développé: son bord inférieur descend jusqu'à la ligne des épines iliaques. Le tracé sphygmographique est celui de l'insuffisance aortique. — Pas d'albumine dans l'urine. Depuis son entrée à l'hôpital, l'état de notre malade n'a cessé de s'aggraver, et il a fini par succomber.

Autopsie.— Les *poumons* sont congestionnés; les *reins* et la *rate* sclérosés; le *foie* a la coloration muscade, il est gros et gorgé de sang.

Le *cœur*, volumineux, est rempli de caillots; les cavités droites sont saines. La valvule mitrale est légèrement épaissie; les valvules sigmoïdes de l'aorte sont insuffisantes, très épaissies surtout au niveau de leur bord libre, où l'on ne retrouve plus le nodule cartilagineux. De plus, elles paraissent relâchées et forment des plis transversaux.

Réflexions. — Cette endocardite interstitielle, non végétante, nous a paru un fait intéressant chez un sujet jeune, n'ayant jamais eu d'attaque de rhumatisme, mais issu de parents rhumatisants, et ayant vu son affection se développer à la suite de la chorée.

M. Cornil fait remarquer qu'il serait important de rechercher par l'examen histologique s'il s'agit d'une lésion congénitale ou d'une lésion acquise. La présence des éléments du tissu scléreux serait en faveur de cette dernière hypothèse et indiquerait une origine inflammatoire.

M. Cornil fait une communication sur un cas d'*angiome de la grande lèvre*. Une femme phtisique, mère de plusieurs enfants, avait un abcès de la grande lèvre. Incisé, il laissa écouler une assez grande quantité de pus. A l'autopsie, on trouva qu'il existait une tumeur dans la paroi postérieure de l'abcès. Cette tumeur était formée par un petit hématome, qui renfermait une quantité de sang assez considérable. Sur la coupe, à l'examen histologique, on vit que cet hématome était constitué par de petites cavités remplies de sang, séparées par des travées de tissu conjonctif. L'aspect était celui des angiomes du foie. Le sang devait circuler activement à travers ses larges mailles, car elles étaient remplies de globules rouges tassés et renfermaient fort peu de globules blancs. A la périphérie de l'angiome, du côté opposé à la cavité de l'abcès et correspondant à la grande lèvre, le tissu conjonctif était plus jeune, embryonnaire. Du côté de la poche purulente, il était au contraire adulte et formait des lames fibreuses plus denses, superposées. Dans cette paroi fibreuse, se rencontraient des bactéries de la suppuration, des microbes ronds en chaînettes. A la surface de la paroi de l'hématome, existaient des bâtonnets allongés semblables à ceux de la vulve.

Il s'agissait donc là d'un véritable angiome organisé et tout à fait différent des hématomes de l'accouchement. Ce sont des tumeurs encore très peu connues. M. Cornil ne peut guère citer comme s'y rapportant qu'une seule phrase du *Traité des tumeurs* de Virchow.

M. Quénu fait remarquer qu'il existe toujours du sang dans les abcès de la glande vulvo-vaginale. Le pus prend presque toujours une teinte homogène couleur chocolat. Il s'agit évidemment alors d'une lésion inflammatoire avec exsudation sanguine.

M. Cornil dit que dans le cas qu'il vient de rapporter, il y avait sans doute un abcès de la bourse séreuse de la grande lèvre, que la glande vulvo-vaginale était intacte, et que l'angiome préexistait certainement au développement de l'abcès.

12. Grosse hernie inguinée scrotale droite, accompagnée de phénomènes d'étranglement. — Opération. — Engouement. Mort le lendemain, par G. Phocas, interne des hôpitaux, aide d'anatomie de la Faculté (1).

Le nommé Buon, Louis, âgé de 73 ans, marchand des

(1) Observation relative à une communication faite en janvier 1884.

quatre saisons, est entré le 21 janvier 1884, salle Saint-Pierre (service de M. le professeur U. Trélat).

C'est un homme maigre qui, depuis une trentaine d'années, avait une hernie non contenue dans un vaste suspensoir. Depuis quatre jours, la hernie est devenue beaucoup plus volumineuse et ne pouvait plus entrer. Cette irréductibilité et cette augmentation de volume, accompagnées de quelques douleurs, sont survenues sans cause connue pour le malade. Depuis ce jour, l'appétit s'est perdu, la constipation est devenue opiniâtre et le malade ne rendait plus de gaz par l'anus. Il vomissait ses aliments.

Etat actuel. Hernie inguino-scrotale droite du volume d'une tête d'enfant environ. Les téguments du scrotum sont tout à fait à l'état normal. A la palpation, on trouve la hernie un peu étendue, un peu lobulée vers sa partie inférieure.

On peut reconnaître le testicule, qui occupe sa place habituelle, près de la racine de la verge. A la percussion, la matité est complète partout. La hernie est à peine douloureuse spontanément, et on peut provoquer une légère douleur au niveau du pédicule, qui est gros comme le pouce. Le ventre est légèrement ballonné, sonore à la percussion. Pas de selles ni de gaz par l'anus. Vomissements bilieux précédés de nausées, réveillés surtout par la déglutition des boissons. Langue sèche. Appétit perdu. Soif.

Phénomènes généraux. Les extrémités sont refroidies; le thermomètre marque 36°,4 à l'aisselle; le pouls est petit et fréquent. Le malade, anxieux, présente des traits tirés. M. Trélat, qui examine à ce moment le malade, prenant en considération l'âge avancé, la grosseur et l'absence de tension de la hernie, diagnostiqua une hernie *enflammée* et ordonna des applications de glace.

22 *janvier.* La nuit a été mauvaise; les signes généraux ne firent que s'accentuer davantage; le malade était abattu, les nausées plus fréquentes; les vomissements étaient devenus verdâtres et ressemblaient aux vomissements fécaloïdes, sans en avoir cependant tout à fait l'aspect ni le goût désagréable pour le malade, et celui-ci continuait à ne pouvoir aller à la selle, ni émettre de gaz par l'anus. L'état local ne s'est pas manifestement modifié, sauf un peu de douleur plus accentuée, au niveau du pédicule. M. Trélat discute alors l'hypothèse de l'étranglement et pose la question de l'intervention chirurgicale. (Leçon clinique du 22 janvier.) Il ne peut croire à un véritable étranglement d'une hernie qui n'est pas tendue. Pour expliquer les phénomènes généraux, il émet deux hypothèses : ou bien, derrière cette grosse épiplocèle (en raison de sa matité) une petite anse intestinale est venue brusquement s'étrangler soit dans l'anneau, soit dans un orifice accidentel, ou par une bride de l'épiploon, ou encore un orifice du sac ou un double sac; ou bien, ce qu'il considérait comme très peu probable, les accidents généraux dépendaient d'une occlusion intestinale, dans un autre point de la cavité abdominale que la hernie. Cette dernière hypothèse avait contre elle la localisation de la douleur au niveau du pédicule de la hernie, d'une part, et, d'un autre côté, la simultanéité d'apparition des accidents généraux avec l'augmentation de la hernie ancienne. Aussi, cette hypothèse fut-elle rejetée, et une intervention prompte fut jugée nécessaire.

Le 22 *janvier*, vers onze heures du matin, le malade fut apporté à l'amphithéâtre et chloroformé un peu difficilement. M. Trélat procéda alors à quelques tentatives de taxis, qui restèrent infructueuses. Alors, il intervint de la manière suivante : Une incision parallèle au pédicule de la tumeur fut conduite jusqu'au tiers inférieur des bourses, de la longueur de 10 centimètres environ. La peau et les couches sous-cutanées (graisse, lacis vasculaire) divisées, on arrive assez vite sur la face externe du sac, qui a été ponctionné et incisé ensuite dans toute son étendue, après avoir été soulevé. A peine le sac fut-il ouvert, qu'on voit s'échapper une anse d'intestin grêle, longue de 20 centimètres environ, et qui tend à faire hernie au dehors. Elle fut maintenue par les mains d'un aide, pendant que l'opérateur constatait que l'orifice et le collet du sac étaient larges et ne pouvaient opposer aucune résistance à la réduction. En attirant vers lui l'anse intestinale, il a pu constater qu'il existait une ligne de séparation plutôt qu'un véritable sillon au niveau du point où l'anse était pressée. Au deçà de ce point, sa couleur était rouge violet. Au delà, elle était d'un rose rouge, tuméfiée, considérablement distendue par des gaz. Il s'écoula, en même temps, de cette portion du sac un liquide séro-sanguinolent. La réduction de cette anse fut donc pratiquée sans aucun débridement. Alors, on constata que dans la portion inférieure du sac il restait une masse épiploïque considérable longue de 35 à 40 centimètres environ, qui, soulevée, laissa voir une portion du gros intestin, qu'il était facile à reconnaître comme étant constitué par le côlon transverse. La coloration de cette portion du côlon était pâle et ne paraissait être le siège d'aucun phénomène inflammatoire. De cette portion du sac, qui formait, selon l'opinion du professeur Trélat, la vieille hernie, il s'écoula une matière citrine, tout à fait différente de la sérosité séro-sanguinolente que nous avons vue s'écouler de la première portion du sac. L'épiploon fut alors excisé, après avoir pratiqué plusieurs sutures partielles au catgut. Le côlon fut réduit. La paroi du sac, épaissie, fut énucléée et séparée avec les doigts des enveloppes du sac; elle fut excisée jusqu'au niveau du pédicule du sac. Ce pédicule fut lié en bourse, comme pour former une espèce de bandage provisoire, et les sutures superficielles et profondes furent posées. Deux gros tubes de caoutchouc établis pour assurer l'écoulement des liquides et un pansement de Lister terminèrent l'opération.

Le malade a souffert pendant deux heures environ depuis l'opération. Une heure après, il allait abondamment à la selle en diarrhée. A cinq heures du soir, il allait encore à la selle. Le soir du 22, nous le trouvâmes dans un état bien meilleur. Il était soulagé, ne souffrait plus, répondait bien aux questions qu'on lui posait, son ventre n'était pas douloureux. Les vomissements avaient cessé. T. A. 36°,6. P. 100, bien frappé.

23 *janvier.* A la visite du matin, T. A. 37°,2. Il souffre modérément du ventre. Vomit les liquides qu'il prend. On change le pansement de Lister, selon l'habitude de M. Trélat, qui consiste à changer toujours le pansement souillé le lendemain de l'opération. La plaie est en bon état. (Extrait de thébaïque. 10 centigrammes.) A la visite du soir, T. 36°,6. Pouls à 120, petit. Les souffrances ont repris. Il se plaint beaucoup de son ventre. Il est agité et vomit ce qu'il prend.

Mort à cinq heures du matin le 24 janvier.

Autopsie le 25 janvier. — La réunion profonde de la plaie commence à s'effectuer. Les parois abdominales incisées, on découvre assez facilement l'anse de l'intestin grêle, qui a été engouée. Elle est rouge, tuméfiée, remplie encore de gaz, sans perforation ni péritonite récente. A ses deux extrémités, il existe un petit sillon plus rouge, au niveau du point où elle a été comprimée. Le reste des circonvolutions intestinales présente une couleur normale. Il existe quelques fausses membranes récentes sur d'autres. Liquide séreux dans le péritoine, en petite quantité. On trouve le côlon transverse avec ce qu'il reste d'épiploon non réséqué. Le cœcum est à sa place, et en rétablissant les rapports de la hernie, on voit que le côlon transverse formait un coude et entraînait avec lui le côlon ascendant, tandis que le cœcum occupait sa place. Il est encore facile à vérifier que les anneaux sont larges, et qu'il n'y a pas d'agent d'étranglement au niveau du collet du sac. C'était une hernie inguinale oblique externe.

Cavité thoracique. Poumon gauche fixé dans toute son étendue par des adhérences anciennes. Pas de tubercules congestionnés. — *Poumon droit.* Congestion à la base. Emphysémateux à sa partie antérieure. — *Cœur.* Athérome de l'aorte au niveau des sigmoïdes, sans insuffisance mitrale épaissie. — *Reins* normaux. — *Rate* idem. — *Foie* très friable. Vésicule remplie de bile, sans calculs.

Réflexions — Cet homme avait une hernie ancienne formée par le gros intestin. A cette hernie est venue se

surajouter une anse de l'intestin grêle, et c'est elle qui a produit les accidents. Tous les phénomènes observés étaient des phénomènes d'obstruction mécanique, et cette obstruction était causée par l'anse de l'intestin grêle. Cette anse, une fois engagée à travers le collet du sac, est restée fixée par le développement de gaz dans sa cavité, sans autre agent d'étranglement. Il s'agit en somme d'un cas d'*engouement gazeux*. Si le diagnostic exact eût été fait, la conduite à tenir eût été autre. On aurait insisté davantage sur le taxis simple, ou sur l'opération de J. C. Petit. Enfin, une ponction simple aurait probablement suffi, comme dans une observation qu'on trouvera insérée dans les *Bulletins de la Société anatomique* pour l'année 1869, communiquée par M. Ledsberder, et où M. Trélat a dû faire une ponction pour faire entrer une anse d'intestin grêle engouée. Néanmoins, on peut affirmer que le malade a succombé à la durée trop longue des phénomènes d'obstruction et à la péritonite consécutive. Maintenant, pourquoi le diagnostic n'a-t-il pas été fait? Pour deux raisons : 1° La tumeur était mate. on ne sait pas pourquoi. 2° On n'a pas assez résisté à cette matité. et on ne s'est pas assez rappelé ce fait que M. Trélat voudrait ériger en axiome, savoir : que dans les très grosses hernies il y a toujours de l'intestin; en d'autres termes, que les très grosses hernies sont toujours des entéro-épiplocèles ou des entérocèles. En terminant, qu'il nous soit permis d'attirer l'attention sur cette vieille hernie du côlon transverse, en raison de la rareté de pareils faits.

13. Rupture de la vessie; par M. H. Varnier, interne des hôpitaux

Ruffet. 35 ans, mégissier, est admis à l'hôpital Cochin le mercredi 25 juin, vers midi; il a été pris brusquement de rétention d'urine lundi dans la nuit, et je le trouve à son entrée dans l'état suivant : Faciès et pouls abdominal, refroidissement des extrémités, sueurs profuses. Le ventre, très ballonné, est tellement sensible. que la moindre pression sur l'hypogastre et dans les flancs arrache des cris au patient. Absence complète de vomissements depuis le début des accidents; diarrhée. D'une bonne santé habituelle, n'ayant eu ni la chaudepisse ni la syphilis, ce malade n'a jamais rien présenté d'anormal du côté de ses voies urinaires. Il urinait très facilement, n'a jamais eu de rétention, ni d'hématurie avant le début des accidents actuels. Aucun symptôme ne permet de supposer qu'on se trouve en présence d'une affection médullaire commençante. Dimanche dernier, il s'est enivré, mais pas jusqu'à perdre entièrement la raison; il affirme n'avoir subi ce jour-là aucun traumatisme, n'avoir pas fait d'effort violent, ne pas être resté exposé au froid. Le lendemain, lundi 23 juin, il a travaillé comme d'habitude sans ressentir le moindre malaise; vers cinq heures du soir, il a uriné sans difficulté; l'urine avait son aspect normal.

Fatigué par l'orgie de la veille, R... se couche de bonne heure; vers minuit, il s'éveille et éprouve un besoin d'uriner qu'il ne peut satisfaire. Cette rétention d'urine persiste pendant toute la journée du mardi; au milieu de la nuit, le malade n'y pouvant plus tenir, envoie chercher un médecin qui, à l'aide d'une sonde de trousse, lui retire environ deux verres d'urine teintée de sang; R... assure que les premières gouttes ainsi retirées de sa vessie étaient rouges et qu'il n'a ressenti aucune douleur pendant le cathéterisme. Il a été un peu soulagé par cette intervention, mais bientôt les douleurs revinrent plus vives, et ce matin, le malade s'est décidé à venir à l'hôpital.

J'essaye en vain de me rendre compte de l'état de la vessie et de l'abdomen : la percussion et la palpation sont tellement douloureuses que. dès qu'on touche le ventre, les muscles se tendent de façon à empêcher tout examen. Le toucher rectal ne fait découvrir ni augmentation de volume de la prostate, ni saillie anormale du bas-fond vésical. L'urèthre, exploré à l'aide d'une bougie à boule n° 12, ne présente aucune trace de rétrécissement. Je passe sans aucune difficulté une sonde en gomme élastique et je retire de la vessie un litre d'urine sanguinolente, qui conserve la même teinte du commencement à la fin; puis l'écoulement s'arrêtant, je mets fin au cathétérisme; la région hypogastrique paraît moins tendue. mais les douleurs à la pression sont toujours aussi vives, de telle sorte que je ne puis me rendre compte de l'état de la vessie; le malade se trouve soulagé Le soir, 39°: pouls petit. fréquent. Respiration un peu accélérée, un peu de congestion pulmonaire. Ventre toujours distendu et très douloureux à la pression. Pas de vomissement, diarrhée. Le cathétérisme pratiqué à l'aide d'une sonde en gomme, permet d'extraire environ un litre d'urine, présentant toujours la même teinte uniformément rouge du commencement à la fin. L'urine coule en bavant; si l'on essaye d'appuyer légèrement sur l'hypogastre pour accélérer l'écoulement, on détermine de vives douleurs et des érections. L'écoulement ne se fait plus bientôt que goutte à goutte; je retire la sonde avant qu'il ait complètement cessé. Le soir, à onze heures, l'interne de garde sonde le malade et extrait un demi-bassin d'urine toujours sanguinolente.

Le 26 au matin, l'état de R... s'est un peu aggravé; le ventre, toujours très distendu, est plus douloureux; le refroidissement des extrémités persiste et s'accompagne d'un léger degré de cyanose; sueurs froides. T. 36°,4. Diarrhée abondante et jaunâtre. Respiration fréquente; râles fins et nombreux aux bases. Ni vomissements, ni hoquet.

M. Théophile Anger sonde le malade avec une sonde en gomme, après avoir en vain essayé de délimiter la vessie par la percussion et la palpation; cinq litres d'urine sanguinolente s'écoulent d'une façon continue, sans modification correspondant aux mouvements de la respiration. A mesure, le ventre s'aplatit; il nous paraît évident qu'à chaque cathétérisme précédent, on a laissé dans la vessie une quantité considérable d'urine. Le liquide retiré se coagule en masse par la chaleur et l'acide nitrique. On injecte dans la vessie, après cessation de l'écoulement, deux seringues contenant chacune 100 grammes d'eau boriquée; chaque fois, l'injection revient entièrement, ramenant quelques caillots et un peu de pus. Pendant ces manœuvres, le malade n'accuse aucun malaise. Tout au contraire, il se trouve beaucoup mieux; la respiration est moins accélérée, le pouls s'est relevé; la palpation et la percussion de l'abdomen sont parfaitement tolérées; la pression n'est presque plus douloureuse. La vessie est cachée derrière le pubis: tout l'abdomen, revenu sur lui-même, présente sa sonorité normale.

Le soir, à la contre-visite, le mieux persiste au dire du malade; le ventre est normal, peu douloureux; ni vomissements, ni hoquet; la diarrhée continue. T. A. 37°,5. Cependant, le faciès péritonéal persiste; le pouls reste petit et à 120; refroidissement des extrémités et légère teinte cyanique. Le cathétérisme donne issue à un demi-litre d'urine sanguinolente. Je fais deux nouvelles injections boriquées, lentement, à petits coups; elles reviennent très bien, en ramenant quelques caillots et un peu de pus.

Le 27 matin, T. 38°; le malade a été très agité toute la nuit; il a eu cinq ou six selles diarrhéiques depuis hier; pas de vomissements; refroidissement et sueurs profuses. Le malade, qui a sa pleine connaissance, dit qu'il souffre à peine: la pression du ventre n'est pas très douloureuse; la respiration est fréquente, le pouls petit et accéléré. Je pratique le cathétérisme sans rien pouvoir tirer de la vessie. Croyant la sonde obstruée par des caillots, je fais successivement et toujours avec précaution trois injections boriquées, qui reviennent très bien teintées de rouge, et ramènent quelques caillots, mais pas une goutte d'urine. M. Th. Anger, quelques minutes après, fait un nouveau cathétérisme sans plus de résultat.

Le malade meurt dans l'après-midi sans avoir présenté aucun symptôme nouveau digne d'être noté.

Autopsie 12 heures après, avec l'aide de notre collègue Babinsky. préparateur du professeur Cornil. — Il n'existe en aucun point du corps la moindre trace de contusion; la paroi abdominale, examinée avec soin, ne présente pas d'infiltration sanguine; le squelette du bassin est intact. Péritonite généralisée, dont le maximum des lésions siège

vers le petit bassin, où l'on trouve environ deux litres de liquide séro-purulent non teinté de sang, sans odeur ammoniacale.

L'examen attentif du cœcum et de son appendice ne permet de découvrir aucune perforation. Après avoir soulevé le paquet intestinal, on aperçoit dans le petit bassin la vessie revenue sur elle-même, cachée derrière le pubis. Près de son sommet, à la partie supérieure de sa face postérieure, un peu à gauche, il existe une perforation béante de la largeur d'une pièce de cinq francs; les bords, nullement amincis, en sont un peu déchiquetés et ecchymosés; il s'agit bien évidemment d'une déchirure intéressant dans une étendue égale, toutes les membranes de la vessie; il n'y a pas trace de gangrène. On enlève alors la vessie avec l'urèthre; l'incision de l'uréthre montre qu'il est absolument sain; il en est de même de la prostate. Tout ce qu'on trouve à noter, c'est une légère teinte ecchymotique au niveau de la partie la plus déclive de l'urèthre. Pas de rétrécissement, pas d'ulcérations ni de fausses routes. La vessie est vide; incisée, elle présente une muqueuse tout à fait saine. La perforation se montre avec des caractères identiques à ceux que nous avons signalés du côté du péritoine. Pas d'ulcération au pourtour de la perforation; pas de trace de sphacèle au niveau des bords; la déchirure est nette; aucune cellule. Sur la coupe, la musculeuse présente son aspect et son épaisseur normaux. Les uretères ne sont pas dilatés; leur orifice vésical est normal. Les reins, sains, sont un peu congestionnés. Pas trace de tubercules dans l'appareil génito-urinaire. Le foie, la rate, le cœur et le cerveau ne présente rien à signaler.

L'intestin a été incisé dans toute sa longueur; nous avons rencontré dans l'iléon trois ulcérations; la plus grande est perpendiculaire à l'axe de l'intestin, dont elle fait complètement le tour. Ces ulcérations ont de 2 à 3 millimètres de large; elles sont peu profondes, les bords en son déchiquetés et on croit y reconnaître à l'œil nu des granulations tuberculeuses. Du côté de la surface péritonéale, elles s'accusent par une injection plus marquée que sur les parties environnantes. Aucune trace de perforation.

Au sommet des deux poumons, il existe des tubercules; à la base droite, il existe un léger épanchement et des adhérences pleurales déjà anciennes.

Réflexions. — En résumé, à l'autopsie d'un homme de 35 ans, pris en pleine santé et probablement par suite d'un excès de boisson, de paralysie vésicale et de rétention d'urine, nous trouvons une perforation de la vessie. La lecture attentive de notre observation montrera qu'il n'existait ici aucune des causes auxquelles on attribue depuis la thèse de Hoeuf les ruptures de la vessie.

Sous quelle influence peut s'être produite cette perforation? Le cathétérisme pratiqué en ville à l'aide d'une sonde métallique ne nous semble pas devoir être incriminé. Si, en effet, nous nous reportons au mémoire de Weiger (Uber ein Gefahr des Katheterismus bei Blasenlähmung — in *Breslauer aerzt. Zeitsch*, 1879), nous voyons que les perforations qu'il a rencontrées à l'autopsie des malades morts avec de la paralysie vésicale et qu'il attribue au traumatisme opératoire, favorisé sans doute par l'insensibilité et l'inertie de la vessie, étaient petites, difficiles à découvrir à la face interne de l'organe, souvent masquées du côté du péritoine par des fausses membranes. Comment d'ailleurs admettre qu'une sonde, si longue soit-elle, ait pu atteindre la vessie près de son sommet, alors que celle-ci était distendue par l'urine accumulée depuis plus de vingt-quatre heures. N'aurions-nous pas plutôt, s'il s'agissait d'une perforation, suite de cathétérisme, une déchirure siégeant non loin du trigone, près de la face antérieure? Enfin, le malade n'aurait-il pas accusé, au moment de ce cathétérisme brutal, des douleurs extrêmement vives? Or, il n'a, dans aucun des interrogatoires qu'il a subis, appelé l'attention sur un fait de ce genre.

S'agit-il donc ici d'une rupture par surdistension de la vessie? Bien que cette étiologie soit révoquée en doute par les classiques, c'est celle à laquelle nous nous rattacherions le plus volontiers avec M. Th. Anger. Ce mécanisme est en effet le seul qui nous semble expliquer et notre cas et un autre absolument semblable, publié par Mac Ewen dans *The Lancet* du 27 septembre 1873: « La vessie, dit cet auteur, contractée et profondément cachée dans la cavité pelvienne, présentait à la jonction du tiers supérieur et moyen de sa face postérieure, un peu à gauche de la ligne médiane, une ouverture intéressant toutes les couches de la vessie et le péritoine, et suffisamment large pour admettre la pulpe du doigt. Elle faisait communiquer la vessie et la cavité abdominale. Il n'y avait pas trace de maladie actuelle, pas d'ulcérations, pas d'apparence de gangrène. L'urèthre était sain. Une sonde n° 10 fut passée dans l'urèthre et pénétra d'elle-même dans la vessie. Il n'y avait ni rétrécissement ni obstruction, pas de fausses routes. Pas traces de contusion de l'abdomen. Le malade, âgé de 19 ans, robuste, jouissant d'une bonne santé, avait été pris de rétention d'urine à la suite d'une orgie faite cinq jours avant la mort. On peut se demander, ajoute Mac Ewen, si la paralysie temporaire, d'origine alcoolique, serait suffisante pour une rupture de la vessie par surdistension.

M. Cornil pense qu'il faudrait chercher avec un soin particulier si la rupture de la vessie n'était pas due à des ulcérations tuberculeuses; il y avait en effet des tubercules aux sommets des poumons.

14. M. Barbier montre un cas de hernie inguinale droite dans lequel l'anse étranglée s'était insinuée au-dessous d'une bride tendue à l'entrée d'un sac diverticulaire.

15. M. Valude fait voir une tumeur osseuse de l'omoplate enlevée par M. Verneuil. La surface libre est recouverte d'une couche de cartilage revêtue elle-même d'une lame fibreuse.

16. M. Cornil montre les préparations histologiques d'une tumeur en chou-fleur du sinus maxillaire enlevée par M. Verneuil. Cette tumeur avait rempli complètement le sinus et déformé le côté correspondant de la face. Il ne s'agissait pas d'un polyadénome, comme on aurait pu le penser *à priori*, mais de papillomes pédiculés partant d'un point commun d'implantation.

Ces végétations polypiformes étaient recouvertes d'un épithélium stratifié cylindrique dans les couches profondes, aplati dans les couches superficielles. On pouvait, dans les couches moyennes de cet épithélium, suivre nettement la division des cellules par cariokynèse, par le procédé étudié surtout par Julius Arnold pour les éléments de la rate et de la moelle des os. Dans les noyaux, la substance chromatique se disposait d'abord à deux pôles opposés, par masses isolées, puis la segmentation se faisait, laissant chaque masse devenir le centre du noyau nouveau.

Séance du 11 juillet. — Présidence de M. Cornil.

2. M. Barral présente une tumeur papillomateuse ayant son origine dans les méninges, qui comprimait le bulbe. Il s'agissait d'un enfant chez lequel on avait observé pendant la vie des accès convulsifs, de la paralysie faciale gauche, de l'hémiplégie du même côté et de l'hémiparésie droite. La sensibilité était intacte, les réflexes conservés; il y avait de l'athétose du membre supérieur gauche.

3. M. Richardière fait voir les pièces anatomo-pathologiques d'un enfant de 3 ans 1/2, mort avec des phénomènes de méningite cérébro-spinale. Il y avait de la roideur du cou avec renversement de la tête en arrière. A l'autopsie on a trouvé de la méningite suppurée non tuberculeuse. Les poumons étaient absolument sains.

4. M. Richardière montre un cas de mal sous-occipital dans lequel il existait au niveau du collet du bulbe une compression par l'apophyse odontoïde. La moelle à ce niveau est évidemment ramollie. Il y avait pendant la vie paraplégie brachiale.

5. Hématocèle vaginale gauche, castration; par E. Ballue, interne des hôpitaux.

X..., âgé de 41 ans, journalier, entre le 10 juillet 1884

(service de B. Anger), à l'hôpital Lariboisière, où il est couché au lit n° 4 de la salle St-Louis. Il a été, jusque il y a 12 ans, matelot à bord des navires de commerce: depuis ce temps il est journalier et est employé à des travaux de force. Pas d'antécédents génitaux: ni blennorrhagie, ni syphilis. Pas de traumatismes ni coups sur les bourses.

Au moment de la conscription, le malade essaya en vain de se faire refuser pour une varicocèle du côté gauche; c'est de ce côté que siège aujourd'hui la tumeur. La tumeur s'est développée il y a 12 ans; le testicule gauche à cette époque avait le volume d'un œuf de poule: il n'était pas douloureux, mais le malade ressentait de vives douleurs dans les régions lombaire et inguinale du côté correspondant. Le malade se maria il y a 11 ans, c'est-à-dire un an après l'apparition de la tumeur. Il n'y a jamais eu d'obstacle à l'accomplissement de l'acte génital que le malade répète fréquemment; tous les deux jours au moins, dit-il, depuis l'époque de son mariage. Il n'a pas d'enfant.

Pendant les quatre premiers mois du mariage, la tumeur a doublé de volume et devint très douloureuse. Le malade, fatigué, dut plusieurs fois arrêter son travail et prendre du repos plusieurs jours de suite. Au bout de quelque temps, les douleurs se calmèrent et depuis, la tumeur augmenta insensiblement de volume. Le testicule n'était pas douloureux lorsqu'on pressait la tumeur ou qu'on la touchait. Enfin, il y a un mois, les douleurs devinrent très violentes; le malade dut cesser tout travail; il souffrait en même temps de vives douleurs d'estomac. Pas de vomissements. Il n'y a pas eu de coups portés sur la tumeur. le travail n'a pas été plus pénible que d'habitude, mais la fatigue du malade est grande. Les douleurs du testicule sont spontanées, il y a des irradiations douloureuses le long du cordon et dans la région lombaire. Disons de suite qu'il y a trois ans le malade est entré à l'hôpital de Dieppe pour qu'on le débarrasse de sa tumeur. On crut à une hydrocèle; mais la tumeur ne présentant aucune transparence, on ne fit pas de ponction et on s'abstint de toute intervention.

A l'entrée, on trouve au niveau du testicule gauche une tumeur du volume du poing. Pas d'épaississement ni de rougeur du scrotum; la peau glisse sur la tumeur, elle n'est adhérente nulle part; il y a des veinosités nombreuses à sa surface. A la palpation, pas de sensation de fluctuation. La tumeur est lourde: sa consistance, très dure, est égale partout; on a la sensation d'une coque cartilagineuse. Pas de bosselures. Pas de transparence. L'idée d'un sarcocèle syphilitique étant écartée par suite de l'absence d'antécédents et par le volume de la tumeur; la dureté de la tumeur ne permettant pas de croire à une tumeur fibreuse, on porte le diagnostic d'enchondrome du testicule et on décide de pratiquer la castration. L'opération est faite par M. le Dr B. Anger.

Une incision pratiquée verticalement sur le scrotum permet d'énucléer facilement la tumeur, à la surface de laquelle rampe une grosse veine du volume d'une plume de corbeau, et qui se continue avec les éléments du cordon; il y a en outre de nombreuses variquosités à la surface de la tumeur. On pédiculise au niveau du cordon, sur lequel on jette une ligature, et on sectionne au-dessous.

La *tumeur enlevée* est lourde, sphérique, lisse, sans bosselures, de consistance très dure et égale partout; la couleur est d'un gris rosé, et elle a le volume d'un poing d'adulte. De nombreuses veines variqueuses rampent à sa surface; les veines du cordon sont beaucoup plus volumineuses qu'à l'état normal.

On pratique une incision sur la face antérieure de la tumeur; il s'échappe quelques grammes d'un liquide roussâtre. La tumeur incisée fait reconnaître une hématocèle vaginale. La coque, formée par la tunique vaginale, est très épaisse; elle est très dure, fibreuse, d'une épaisseur qui varie, suivant les points, de 2 à 5 et 6 millimètres: l'épaisseur est de 4 à 5 millimètres au niveau du testicule, qui occupe sa place normale, c'est-à-dire qu'il est situé à la partie postérieure et inférieure: il est recouvert par la vaginale, épaissie à son niveau. La face interne de la vaginale est roussâtre, colorée en brun rougeâtre par le pigment sanguin des nombreux caillots fibrineux qui remplissent la poche et qui se présentent sous l'aspect d'une pulpe couleur chocolat, assez semblable à des œufs de poisson; ils sont très friables. Sous ces caillots, à la face interne de la coque, on trouve des fausses membranes, quelques-unes très ternes, qu'on arrache facilement; les caillots s'énucléent facilement.

Le testicule incisé paraît sain et les tubes intacts; il a son volume normal et sa coloration habituelle. Les veines du cordon du côté de la tumeur sont manifestement variqueuses. Pansement antiseptique.

Le 24 juillet, le malade peut être considéré comme guéri. L'erreur qui avait fait prendre une hématocèle vaginale pour une tumeur solide du testicule montre la difficulté du diagnostic de certaines tumeurs du testicule et en particulier de l'hématocèle vaginale, quand on n'a pas assisté à toutes les phases de son développement. Dans le cas présent, la dureté de la tumeur était telle, qu'on pouvait exclure une tumeur liquide, dureté qui a fait juger inutile une ponction qui, d'ailleurs, dans l'état particulier, la quantité du liquide trouvé dans la poche étant si peu considérable, et les caillots fibrineux remplissant entièrement la poche, n'eût pas éclairé le diagnostic. Peut-être la marche en plusieurs étapes de la tumeur aurait-elle pu, cependant, faire soupçonner une hématocèle vaginale.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 13 mars 1885. — Présidence de M. Guyot.

M. Bucquoy communique la lettre d'un médecin militaire, qui montre bien la différence existant entre le vaccin d'enfant et le vaccin d'adulte. Ce dernier est beaucoup moins efficace.

M. Richard cite les résultats obtenus par un médecin major, résultats qui ne diffèrent pas sensiblement suivant la provenance du vaccin. Le médecin en chef de l'armée saxonne a obtenu des résultats analogues.

M. Vallin rappelle que M. Tanret, analysant autrefois la braise chimique dont MM. Gérin-Roze et Duguet ont signalé la toxicité, avait trouvé une quantité considérable d'acétate de plomb.

M. Duguet annonce que M. Gautier est chargé, par le préfet de police, de faire une enquête sur la fabrication de la braise chimique.

M. Lacombe fait une communication sur deux cas d'œsophagisme dus à un cancer de l'estomac. Dans les deux cas, il y a eu erreur de diagnostic; le rétrécissement de l'œsophage admis chez les deux malades n'existait pas, il y avait simplement un spasme de l'œsophage. M. Bernheim (de Nancy) aurait vu un cas analogue, dans lequel l'erreur de diagnostic aboutit à l'œsophagotomie; à l'autopsie, cancer du cardia.

M. Damaschino a eu l'occasion d'appliquer la *cocaïne* avec succès dans un cas d'œsophagisme.

M. Guyot relève la fièvre qui succède au cathétérisme de l'œsophage; Krishaber avait signalé les accès de fièvre qui succèdent à cette manœuvre.

M. A. Robin *fait une communication sur la dégénérescence calcaire du cœur.* Un vieillard de 85 ans, vigoureux et très bien conservé, entre à l'infirmerie pour une hémiplégie qui se termine par la mort. A l'autopsie, toute la paroi interventriculaire était revêtue d'une lame calcifiée de 3 millimètres d'épaisseur. Cliniquement, la dégénérescence calcaire du cœur est pour ainsi dire latente. Anatomiquement, le début se fait par une sclérose qui aboutit peu à peu à l'infiltration calcaire.

MM. Talamon, Ballet et Brault sont élus membres titulaires de la Société. J. Comby.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 18 mars 1885. — Présidence de M. Duplay.

M. Monod donne lecture d'un rapport sur un travail de

M. Henriet intitulé : *Etude expérimentale sur la position des corps étrangers dans la vessie.* — Les recherches de l'auteur datent de 1878 ; depuis cette époque, les résultats cliniques obtenus par M. Guyon sont venus confirmer ceux de l'expérimentation. M. Henriet a surtout eu en vue dans son travail les corps allongés et rigides ; lorsque ces corps ont été introduits dans la vessie, ils semblent assujettis à certaines lois d'accommodation en vertu desquelles ils prennent une position constante. Dans le cas de distension de la vessie, le corps étranger prend toutes les positions, mais lorsque la vessie revient sur elle-même, le corps étranger se place toujours dans le diamètre transversal. Il résulte de ce fait que pour pratiquer l'extraction, il faudra d'abord le redresser, la vessie étant en état de moyenne distension, et le meilleur instrument est encore le lithothriteur ; on pourra aider la manœuvre de l'instrument en combinant le toucher rectal ou vaginal qui permettra au doigt de repousser le corps étranger dans les mors de l'instrument.

M. Terrillon rapporte à ce sujet une observation d'un homme de 38 ans qui s'était introduit par l'urèthre un crayon pointu de 8 centimètres de long. M. Terrillon ayant d'abord saisi le crayon par le milieu, celui-ci placé en travers se brisa et fut extrait en deux parties : quelques gouttes de sang s'étaient écoulées, et le soir de l'opération le malade fut pris de frissons: des accidents graves se manifestèrent et le malade succomba le troisième jour.

L'autopsie démontra sur le bas-fond l'empreinte laissée par le crayon et permit de constater une petite perforation de la vessie qui avait déterminé un phlegmon diffus du petit bassin.

M. Gillette a observé des corps étrangers de la vessie où la position transverse n'existait pas, C'était chez un homme qui s'était introduit dans la vessie des nervures de feuilles ; ces nervures avaient déterminé des calculs vésicaux que M. Gillette a extrait par la taille hypogastrique: il a pu constater alors que les nervures d'une longueur de 6 centimètres étaient incrustées de sels calcaires et occupaient dans la vessie une situation verticale.

M. Monod fait remarquer à M. Gillette que M. Henriet. dans son travail, ne s'est occupé que des corps étrangers rigides et d'une longueur moindre que six centimètres : en effet, lorsque les corps étrangers atteignent cette longueur ils ne peuvent se placer dans le sens transversal qui devient trop étroit.

M. Terrillon fait une communication sur les *incisions exploratrices pour les tumeurs de l'abdomen.* — M. Terrillon a pratiqué trois fois les incisions dans le but d'éclairer un diagnostic incertain ; l'un de ces cas lui a donné un succès durable. Les recherches qu'il a faites à ce sujet lui ont montré que la proportion des guérisons s'élevait à 79 0/0. Il pense que l'incision exploratrice doit avoir pour but d'éclairer le diagnostic et constitue dans certains cas le premier temps d'une opération plus grave. En général cette incision est bénigne dans les affections qui ne présentent par elles-mêmes que peu de gravité et ne mettent pas la vie des malades en danger ; néanmoins, ce serait aller trop loin que de considérer cette incision comme moins grave que la ponction, ainsi que l'ont écrit certains auteurs.

M. Monod, à propos de cette communication, rapporte un cas où l'incision exploratrice a été faite par lui sans aucun risque pour la malade. Après une petite incision sur la ligne médiane et constatation de l'état abdominal, M. Monod referma la plaie et la malade guérit en quelques jours.

M. Terrier fait observer que l'indication de l'incision exploratrice trouve sa raison toutes les fois que l'on ne sait pas ce qu'il y a dans l'abdomen ; mais ce qu'il y a de plus important c'est la limite que l'on doit s'imposer et le moment où il faut s'arrêter. L'incision doit être simplement exploratrice ; si de suite elle ne vous renseigne pas sur l'état local, elle ne doit pas être poussée plus loin : si en effet vous voulez continuer, et qu'ensuite vous trouvant en présence d'adhérences ou de difficultés insurmontables. vous refermiez la plaie. vous êtes alors dans des conditions détestables, et les résultats que vous aurez acquis seront déplorables.

M. Lucas-Championnière ne pense pas qu'il soit possible d'établir le chiffre de la mortalité des cas d'incision exploratrice ; car le plus souvent les auteurs confondent l'incision et l'opération qui a suivi. Elle doit être considérée comme une manœuvre douce qui permet d'avancer ou de reculer.

M. Polaillon veut. qu'avant de pratiquer une incision exploratrice, on ait épuisé tous les autres moyens plus innocents ; le cathétérisme de l'utérus peut rendre de grands services dans les cas de tumeurs abdominales. De plus quand, ayant ouvert la cavité abdominale, vous vous trouvez en présence d'une tumeur que vous extirpez, alors votre incision première n'est plus une incision exploratrice, et ne doit pas compter dans les statistiques.

M. M. Sée fait remarquer que dans la plupart des cas, les chirurgiens ne font une incision exploratrice que dans la ferme intention d'opérer aussitôt après s'être rendu compte du contenu de l'abdomen. Ce ne sont donc plus des incisions exploratrices.

M. Trélat voudrait que les chirurgiens soient bien pénétrés de cette idée que les incisions exploratrices ne doivent être faites que pour préciser le diagnostic et permettre de juger de l'intervention en connaissance de cause. Il ne faut pas les croire trop facilement inoffensives, alors on pourrait faire des incisions sans motif ; de plus, quand on a pratiqué l'incision, il faut s'arrêter là et ne pas faire des commencements d'opération qui sont toujours une aggravation. A. Damalix.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 11 mars 1885. — Présidence de M. Duhomme.

M. Catillon dit que lorsqu'on verse du perchlorure de fer dans l'urine d'un malade qui prend de l'antipyrrhine, on obtient les mêmes réactions que lorsqu'il s'agit du salicylate de soude.

M. C. Paul présente la thèse d'un de ses élèves, M. Colombes, qui a obtenu des résultats satisfaisants en badigeonnant, *après le repas*, l'arrière-gorge des tuberculeux, dans le but d'arrêter les vomissements.

M. M. Martin a employé ces badigeonnages avec succès, *avant le repas*, dans les cas d'angines chroniques très douloureuses ; il se sert d'une solution à 2 0/0.

M. D. Baumetz s'est servi avec succès des injections hypodermiques de cocaïne pour les opérations de petite chirurgie : ouverture d'abcès, ablation d'un molluscum pédiculé. Il se propose ainsi de rendre indolore le premier temps de la pleurotomie ; mais il craint de provoquer la syncope, celle-ci se montrant, comme il l'a déjà dit, lorsqu'on fait l'injection chez un malade debout ou assis, le décubitus dorsal étant nécessaire. Il injecte 1 cent. cube d'une solution à 1 50e et opère 5 à 10 minutes après l'injection.

M. C. Paul signale le taux exagéré de la cocaïne ; celle-ci se vend 25 francs le gramme dans certaines pharmacies, et, dans d'autres, jusqu'à 50 francs. Gilles de la Tourette.

REVUE DE PATHOLOGIE MENTALE[1]

IV. Marche de la paralysie générale chez les alcooliques ; par E. Moreaux. Thèse de Paris, 1881.

V. Recherches sur les zones hystérogènes ; par R. Gaube. — Paris, 1882. Octave Doin, éditeur.

VI. Ueber die primœren chronischen Erkrankungen des wilkürlichen Bewegungsapparates ; par P. J. Mœbius. — Leipzig, 1882. G. Bœhme, éditeur.

VII. De la folie à la Ménopause ; par H. Guimbail. — Paris, 1884. A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

VIII. Recherches expérimentales sur l'alcoolisme chronique; par Dujardin-Beaumetz et Audige. — Paris, 1884, O. Doin, édit.

IV. Pour établir le diagnostic différentiel entre la pa-

(1) Voir le *Progrès Médical*, n° 6.

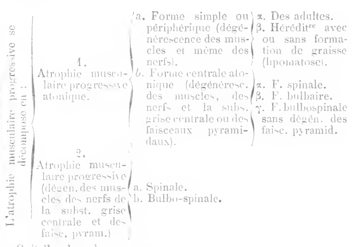
ralysie générale commune et la paralysie générale qui se montre chez les alcooliques. M. Moreaux a rassemblé 67 observations, dont 50 personnelles ou inédites, sur lesquelles 12 sont accompagnées de nécropsies. C'est en s'appuyant sur les certificats des maîtres ou en prêtant la plus rigoureuse attention que l'auteur distingue les éléments symptomatiques de l'alcoolisme et ceux de la paralysie générale rencontrés successivement chez le même individu, de façon à éviter l'accusation d'avoir confondu l'alcoolisme chronique, la pseudo-paralysie générale, la paralysie générale vraie. Pour lui, chez les alcooliques, la paralysie générale ne présente pas les prodromes habituels ; son invasion est brusque, on y rencontre une excitation maniaque intense et des rémissions très accentuées. Les phénomènes somatiques et psychiques de l'alcoolisme, qui peuvent exister au début, disparaissent bientôt pour laisser la place à ceux qui caractérisent la paralysie générale. Les rémissions sont fréquentes, plus complètes et plus franches que dans les cas ordinaires. L'époque de leur apparition, de même que leur durée, n'est soumise à aucune règle fixe. L'intoxication alcoolique semble hâter l'apparition de la paralysie générale.

V. Le travail de M. Gaube, conçu et exécuté sous le patronage de M. Pitres, dont il porte l'empreinte, a pour base 6 observations très complètes, accompagnées de planches. Voici le résumé du chapitre premier :

Les zones hystérogènes peuvent siéger à la tête, au tronc (Bourneville, Buet, Richer), aux membres. — Symetrie fréquente mais non constante. — Forme et étendue variables, nombre sans rapport avec le degré de l'affection. — Température, la même que celle des regions voisines. — Sensibilité « leur niveau inconstant. » — Quoique sans rapport fixe avec l'hémianesthésie, elles siègent de préférence, lorsqu'elles sont unilatérales, du côté de cette dernière. — Chez toutes les malades, constamment à leur niveau, douleur spontanée constrictive, locale, profonde, se montrant surtout pendant les prodrômes des crises. — Quelques malades offrent, en même temps que des zones hystérogènes, des zones douloureuses dépourvues de caractères physiques propres, mais capables de se transformer en zones hystérogènes. — Les zones hystérogènes conservent, pendant l'attaque et la catalepsie, toute leur efficacité.

Du reste, sous des influences extérieures banales ou consécutivement aux attaques, ou bien encore en des conditions dont le déterminisme échappe, les zones hystérogènes peuvent être modifiées, disparaître, devenir, au lieu d'excito-motrices, fixatrices, céder la place à de nouvelles. Le degré de la compression peut transformer une zone exclusivement motrice en cataleptogène ou excito-motrice, ou bien en cataleptogène seulement. La réfrigération (ch. III) modérée n'excite pas les zones ; le froid excessif, inactif sur les zônes des membres, provoque des attaques quand il est appliqué sur les zones des seins ; cet agent ne fait disparaître aucune des zones. La chaleur n'est pas excito-motrice ; elle ne fait subir aucune modification aux propriétés biologiques de ces endroits, pas plus que les piqûres ni les frictions. Toutes les zones sont excitables à la pression qui engendre une douleur locale (constriction profonde, limitée), suivie, sans irradiation intermédiaire, de l'aura ovarienne. C'est pour les membres, dans le tronc nerveux sous-jacent, sur toute son étendue, qu'il faut chercher le siège de la zone et sa propriété hystérogène. Les zones mammaires sont viscérales comme les zones ovariennes. L'excitabilité d'une zone cède à l'anémie et à l'électrisation locales (courants continus ou interrompus), au sinapisme, aux injections sous-cutanées d'eau froide, mais le tronc nerveux garde son excitabilité en dehors de la sphère d'action des modificateurs ; il la perd en même temps que la zone par l'action des courants médullaires (ascendants ou descendants). La zone récupère ses propriétés quand on cesse d'agir par les moyens précédemment énumérés, mais elle les récupère bien plus tard lorsqu'on agit sur les centres cérébro-spinaux.

VI. Sous le titre d'*affections primitives chroniques de l'appareil de la motilité volontaire*, M. Mœbius a écrit une revue critique embrassant l'atrophie musculaire progressive, l'atrophie héréditaire, la pseudo-hypertrophie musculaire, la paralysie bulbaire progressive amyotrophique, la sclérose latérale amyotrophique. Ces entités constituent, d'après lui, un groupe nosologique à caractères cliniques et anatomiques communs, dans lequel il y a lieu de distinguer des formes de transition. Après quelques lignes consacrées à l'exposé anatomique de l'appareil de la motilité volontaire, l'auteur se rattache à la classification suivante :



L'atrophie musculaire progressive se décompose en :	1. Atrophie musculaire progressive atonique.	a. Forme simple ou périphérique (dégénérescence des muscles et même des nerfs).	α. Des adultes. β. Hérédit^re avec ou sans formation de graisse (lipomatose).
		b. Forme centrale atonique (dégénéresc. des muscles, des nerfs et la subs. grise centrale ou des faisceaux pyramidaux).	α. F. spinale. β. F. bulbaire. γ. F. bulbospinale sans dégén. des faisc. pyramid.
	2. Atrophie musculaire progressive (dégen. des muscles des nerfs de la subst. grise centrale et des faisc. pyram.)	a. Spinale. b. Bulbo-spinale.	

Suit l'analyse des cas connus.

VII. M. Guimbail se proposait de déterminer les rapports de la ménopause avec la folie. Dans ce but, il avait rassemblé 21 observations personnelles. En les lisant, nous nous demandions comment il en pourrait dégager des jalons utilisables, tant les commémoratifs sont peu soignés, tant les malades sont peu scrupuleusement observés. Aussi n'avons-nous pas été surpris quand (p. 70, ch. III) il nous a dit que la ménopause est rarement suffisante à développer à elle seule la folie, qu'elle doit être aidée dans son action malfaisante par d'autres causes. (A cet endroit, l'auteur énumère tout le cortège étiologique auquel, à des titres divers plus ou moins judicieux, les auteurs ont accoutumé de rattacher l'aliénation mentale.) Mais si la folie de la ménopause n'existe pas, pourquoi, plus loin, M. Guimbail lui attribue-t-il une teinte mélancolique spéciale ? Pourquoi, en outre, M. Guimbail emploie-t-il indifféremment les expressions de folie de la ménopause ou de folie à la ménopause ? Il ne nous donne là-dessus aucune explication. C'est une recherche à recommencer.

VIII. Ce mémoire représente la seconde phase des travaux de MM. Dujardin-Beaumetz et Audigé, publiés en 1879. Ici c'est de l'*intoxication expérimentale chronique* qu'il s'agit. Dix-huit porcs ont été soumis à l'action des alcools (ingestion alimentaire), de juin 1879 à juillet 1882, aux doses moyennes de 1 gr. à 1 gr. 50 par kilogr. du poids de l'animal et par jour. Dans ces conditions, toutes les fois qu'on dépasse l'administration de 1 gr. par kilogr., on détermine des troubles digestifs (inappétence, vomissements bilieux et glaireux, diarrhée glaireuse ou non, sanguinolente ou non) qui ont pour substratum anatomique une rougeur anormale de la muqueuse stomacale, sans limites proprement dites, de la congestion accompagnée d'ecchymoses punctiformes. On observe à la longue de la congestion hépatique sans inflammation (ictère), de la dégénérescence graisseuse des reins (intégrité des urines), de la congestion pulmonaire pouvant aboutir à l'apoplexie (refroidissement du coma alcoolique) et se traduisant par de la toux, des altérations athéromateuses limitées à la crosse de l'aorte, des tremblements musculaires, de l'affaiblissement du train postérieur, de l'hébétude (absence de lésion) ; il est à noter que, dans l'espèce, l'ivresse entraîne de la torpeur sans phase préalable d'excitation. Ce n'est que plus de deux ans après le début du régime alcoolique qu'un amaigrissement définitif a commencé à se produire, abstraction faite naturellement des effets de l'alcool sur le

tube digestif, auxquels on remédiait par le régime lacté. La chair des animaux empoisonnés conserve son bon goût et ses qualités nutritives, mais elle est parsemée d'infiltrations sanguines. et son tissu cellulaire présente de la distension des mailles. Quant à l'*influence de chacun des alcools employés* (pommes de terre, grains, betteraves, méthylique, absinthe et essence d'absinthe), les flegmes, c'est-à-dire ces alcools bruts, sont plus nocifs que le produit de leurs rectifications respectives. on obtient peu de lésions des alcools quelconques dix fois rectifiés; l'ordre de nocivité serait du plus au moins : l'alcool éthylique, l'alcool de pommes de terre, l'alcool de betteraves, l'alcool de grains; enfin, l'absinthe ou son essence détermine des excitations pendant l'ivresse et, à la longue, des tremblements avec contracture des membres et hypéresthésie convulsivante de la peau, jamais d'attaques épileptiformes.

P. Keraval.

BIBLIOGRAPHIE

Leçons de clinique médicale faites à l'hôpital de la Pitié (1883-1884), par S. Jaccoud, professeur à la faculté de médecine (Paris 1885. — A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.)

Ce nouveau volume de cliniques est digne de ses aînés, et nous retrouvons dans les leçons faites à l'hôpital de la Pitié les mêmes qualités que dans celles de la Charité et de Lariboisière. Toujours la même éloquence attrayante, la même érudition profonde, la même critique saisissante. Au surplus, nous n'avons pas à faire l'éloge du talent bien connu de M. Jaccoud. Nous nous bornerons à signaler quelques-uns des sujets traités dans ce livre, en nous arrêtant un peu sur les points de doctrine qui paraissent tenir le plus à cœur à l'éminent professeur de clinique. Nous ne dirons rien de la leçon d'ouverture publiée à part il y a bientôt deux ans et appréciée dans ce journal même. Parmi les leçons qui suivent, il convient de citer comme très remarquables celles qui ont trait à l'étude de la cirrhose hypertrophique, au pneumo-thorax partiel, à la séméiologie de l'espace semi-lunaire, à la chlorose fébrile, à la peumonie adynamique, à l'endocardite infectieuse, à la fièvre typhoïde ambulatoire, et enfin à la fièvre typhoïde à forme sudorale. C'est là une nouvelle forme decrite minutieusement par M. Jaccoud et qui répond à un type hybride dans lequel les auteurs italiens voient un melange de fièvre typhoïde et de malaria. Quoi qu'il en soit, c'est une variété d'origine italienne dans la plupart des cas (Rome, Naples, etc.) ; elle est spéciale par ses symptômes, par son diagnostic, par son traitement. Le type de la fièvre est pseudo-intermittent avec *sueurs profuses* accompagnant chaque accès. Le diagnostic est des plus épineux, et le sulfate de quinine échoue complètement à enrayer les accès. Il y a là évidemment un sujet de recherches et d'études fort intéressantes; le dernier mot n'a pas été dit. Au milieu de ces leçons cliniques toutes plus ou moins remarquables, M. Jaccoud intercale cinq leçons *critiques* sur la phtisie pulmonaire. Il revient en détail sur les arguments qu'il a opposés dans sa leçon d'ouverture aux nouvelles doctrines microbiennes et, prenant à parti la découverte de Koch, il affirme avec la plus grande énergie qu'elle n'a été d'aucune utilité à la médecine. Suivant lui, la notion du bacille n'a pas fait faire un pas à l'étiologie, au diagnostic, à la prophylaxie et au traitement de la phtisie pulmonaire. Comme preuves à l'appui de cette assertion, il rappelle avec un légitime orgueil ses leçons sur la curabilité de la phtisie dans lesquelles, deux ans avant la découverte de Koch, il avait professé avec conviction l'infectiosité, la transmissibilité, la contagiosité de la phtisie, etc.

Que faut-il conclure de ces critiques? Sans doute que M. Jaccoud, qui, en 1880, était à l'avant-garde des phtisiologistes, s'est laissé distancer aujourd'hui par le gros de l'armée. En effet, la doctrine de l'infectiosité et de la la transmissibilité de la phtisie était loin d'être tranchée pour tous les médecins ; elle n'était professée que par une élite de médecins au premier rang desquels il faut placer M. Jaccoud. Et d'ailleurs, on ne rend *pleinement* et *universellement* justice à M. Villemin, le plus grand nom en phtisiologie avec Laënnec, que depuis la découverte de Koch. Nous en trouvons la preuve dans les discussions de la Société médicale des hôpitaux (1880); quelles divergences. quelles contradictions, quelles obscurités ne régnaient pas alors sur ces questions que le bacille a éclairées tout à coup d'un véritable trait de lumière? C'est donc en vain que M. Jaccoud élève sa voix éloquente contre l'importance théorique et pratique attribuée aujourd'hui par la généralité des médecins au bacille. L'étiologie de la tuberculose, le diagnostic, la prophylaxie et le traitement ont été incontestablement éclairés par cette grande découverte.

Manuel pratique de médecine militaire (avec planches hors texte), par le Dr Audet, medecin-major à l'Ecole de Saint-Cyr. — Paris, Octave Doin.

Cet ouvrage est très complet, tant au point de vue de l'histoire de la médecine militaire qu'au point de vue de l'état actuel de son organisation. Chacune des parties est très clairement exposée, et l'ensemble est divisé de façon à rendre les recherches très faciles. P. L.

VARIA

Secret professionnel.

Nous publions ci-dessous les considerants du jugement rendu dans l'affaire Watelet dont nous avons entretenu nos lecteurs dans le n° 11 du journal.

« Conformement aux réquisitions du ministère public, le Tribunal a rendu le jugement suivant :

« Le Tribunal, attendu que, le 12 décembre 1884, Watelet, docteur en medecine a Paris, a adressé au gerant du journal *Le Matin*, sur les causes de la mort du peintre Bastien Lepage, sur sa maladie et sur le traitement chirurgical qu'il avait subi, une lettre destinee à la publicite, et qui, conformément à ses intentions, a été insérée dans le numero du 14 decembre, attendu que Watelet a, par cette lettre, révelé au public un ensemble de faits essentiellement intimes, par leur nature meme, qui lui avaient eté confiés et dont il n'avait eu connaissance qu'a raison et à l'occasion de sa profession, alors qu'il traitait Bastien Lepage en qualité de medecin : attendu que l'article 378 du code penal a pour objet de proteger dans un interet d'ordre public, la sécurité, l'honneur et la délicatesse des individus ou des familles contre les indiscrétions des personnes depositaires de secrets par leur etat ou leur profession : attendu que les termes généraux et absolus de cet article ne comportent de restriction d'aucune sorte : que nulle disposition particulière et exceptionnelle de la loi ne fait de l'intention de nuire ou de designer l'élément essentiel et constitutif de ce délit : que le dommage, pour l'ordre public ou pour la personne dont le secret est trahi, peut en effet, résulter au meme degré d'une simple indiscretion ou d'une révélation veritablement malveillante : attendu, des lors, que l'element intentionnel du délit consiste, selon les règles ordinaires du droit penal, dans la transgression volontaire de la loi, et dans la connaissance tenue au secret professionnel, qu'elle viole le depot de confiance qui lui a été fait. Attendu qu'il importe peu, en conséquence, que Watelet n'ait pas agi dans une intention malveillante : que l'absence d'intention de nuire peut seulement attenuer le délit, mais non le faire disparaitre ; qu'en admettant meme que Watelet se crut en butte à des reproches immerites d'impéritie, les polémiques des journaux ou bien l'interêt personnel ne saurait jamais legitimer les violations du secret professionnel, et autoriser le médecin à porter à la connaissance du public les caractères de la maladie de la personne qu'il a soignée et le traitement qu'il a prescrit. En ce qui concerne Dallet, attendu qu'en inserant dans *Le Matin*, dont il est le gérant, la lettre qui lui avait été ecrite par Watelet il lui a fourni le moyen de rendre publics les faits que celui-ci devait tenir secrets ; qu'il l'a associé, par consequent, dans les faits qui ont consommé le delit ; attendu qu'il ne saurait exciper de sa bonne foi, en présence des termes de la lettre dont s'agit, laquelle ne laisse subsister de doutes, ni sur la qualité du révelateur, ni sur la nature confidentielle des faits révelés ; attendu, il est vrai, que Dallet se fonde, pour repousser la poursuite, sur ce que la loi des 29, 30 juillet 1880, sur la presse, n'incrimine pas expressément la complicité par aide et assistance : mais attendu que le législateur de 1881 n'a manifeste nulle part l'intention de déroger au droit commun ce qui concerne la complicité par aide et assistance, toutes les fois qu'il

ne s'agit pas de délits de presse proprements dits; que si, dans les articles 23 et suivants, il a visé spécialement la provocation à commettre des crimes et délits de droit commun, cela tient uniquement à ce qu'il importait de déterminer dans quels cas la provocation par des écrits rendus publics serait punie comme fait de complicité, on constituerait, au contraire, par elle-même un délit principal, quand elle ne serait pas suivie d'effet; que ces articles, édictés dans une pensée de rigueur et exclusivement applicables à la provocation par la voie de la presse, ne sauraient donc être invoqués comme excluant la complicité par assistance selon les règles du droit commun.

« Par ces motifs, faisant application à Watelet, à Dallet de l'article 463 du code pénal, à cause des circonstances atténuantes admises en leur faveur, condamne Watelet à 100 francs d'amende; Dallet à 16 francs d'amende. Les condamne solidairement aux dites amendes et au dépens; fixe au minimum la durée de la contrainte par corps.

Limite d'âge des professeurs de l'Enseignement supérieur.

Par décret en date du 12 mars 1885, M. Bouchardat, professeur d'hygiène à la faculté de médecine de Paris, est nommé professeur honoraire.

La mise à la retraite de M. le professeur Bouchardat est le premier résultat obtenu par la Commission du budget de la chambre des députés et par notre rédacteur en chef. M. Bouchardat appartenait non pas à la catégorie des vieux professeurs ne faisant jamais leur cours, mais à celle de ceux qui font encore leur cours plus ou moins péniblement. M. le ministre a donc le devoir de poursuivre la réforme dont l'urgence lui a été signalée et de s'attaquer à toutes les catégories des vieux professeurs. Il ne lui est pas possible de se borner à un seul professeur, car ce serait alors une mesure trop personnelle et, dans la circonstance, par rapport à tant d'autres, qui ont rendu moins de services, ce serait une véritable injustice. Avec quelques journaux politiques, nous espérons donc que M. Fallières ne laissera pas venir la discussion du prochain budget sans avoir mis à la retraite tous les professeurs âgés de plus de 70 ans.

Projet de loi sur l'exercice de la médecine.

La Commission chargée de l'examen de ce projet, s'est réunie mercredi dernier. Bien qu'il ne soit pas possible d'espérer que le projet de loi puisse venir en discussion avant la fin de la législature actuelle, il a été décidé que M. Chevandier ferait son rapport, dans lequel il résumerait les travaux de la Commission. Enfin, il a été convenu, sur la proposition renouvelée de M. Bourneville, que la présidence réclamerait encore une fois les documents relatifs : 1° aux conditions que l'on exige actuellement des médecins étrangers pour exercer en France et 2° aux conditions exigées des étrangers avant leur inscription, comme étudiants en médecine.

Autopsie proprement dite. (1)

XV. Examen des organes contenus dans le bassin (Suite).

Examen en dehors du cadavre. — 1° *Chez l'homme.* Les organes génito-urinaires, sortis du bassin, sont mis sur un plateau; on les place dans la position qu'ils avaient dans le corps, c'est-à-dire de manière à ce que la vessie occupe un plan antérieur et le rectum un plan postérieur, on examine (au besoin on sonde) l'*urèthre* (retrécissements, fausses routes, ulcérations, cicatrices, épaississement de la muqueuse, fistules communiquant avec des foyers périuréthraux, tubercules, etc.), que l'on incise, sur toute sa longueur, au moyen de ciseaux. C'est à ce moment que l'on examine la *prostate*, sur laquelle on fait de nouvelles incisions obliques dans la direction des *conduits éjaculateurs* (atrophie, hypertrophie, surtout du lobe médian, abcès, calculs, tubercules, adénome, tumeurs diverses, etc.) Puis on incise les corps caverneux le long du raphé médian et l'on poursuit la coupe jusqu'à la vessie en rejoignant la partie inférieure de la coupe faite *in situ*. Des coupes accessoires peuvent être faites en divers sens si les nécessités de l'examen l'exigent.

Si le rectum contient encore des matières, il est préférable de commencer l'examen par lui, soit avec des ciseaux, soit avec l'entérotome introduit par l'anus; l'on pratique une incision le long de son bord postérieur. On le débarrasse des matières qu'il contient et dont on note la nature, puis sa muqueuse est examinée avant et après lavage (épaississement, pseudo-membranes, ulcérations, coloration, consistance, secrétion, cicatrices, tumeurs diverses, principalement carcinome, épithéliomes, polypes, etc.) On consigne encore la présence ou l'absence des fistules, des rétrécissements, des lésions produites par les lavements irritants et la canule du clystère, etc. Remettant alors les organes comme il a été dit ci-dessus, on ouvre l'urèthre.

L'examen de la *vessie*, déjà fait en partie avant l'enlèvement, doit alors porter sur le col, le trigone et l'embouchure des uretères; on mentionne les ulcérations tuberculeuses, carcinomateuses, etc., les fistules, les hémorrhagies, les ecchymoses.

On termine l'opération par l'examen du *cul-de-sac recto-vésical;* on note les adhérences, etc., et, séparant la vessie du rectum, on examine les *vésicules séminales*, on note la quantité et la nature du liquide qu'elles contiennent, ainsi que les lésions dont elles sont parfois le siège (tuberculose, etc.).

2° *Chez la femme.* L'examen des organes génito-urinaires de la femme nécessite parfois un temps assez long, et une dissection minutieuse de chaque organe, à cause du changement et des modifications produites dans leur forme et dans leurs rapports par les nombreux processus pathologiques dont ils peuvent être atteints. Il arrive même que, en dépit de la plus grande attention, il soit difficile de se prononcer sur la nature de telle ou telle partie, d'après la seule inspection macroscopique.

Chez la femme, l'incision de l'urèthre est exécutée sur la face antérieure de ce conduit, en sectionnant en même temps le vestibule, le clitoris et le pénil sur la partie médiane.

La vessie examinée, comme chez l'homme, on procède à l'étude des altérations qui peuvent avoir pour siège le vagin, l'utérus et ses annexes. Après l'ouverture des *glandes vulvo-vaginales*, soit sur la partie médiane et antérieure du vagin, ou mieux un peu latéralement et à gauche, pour ménager l'urèthre et la vessie, on pratique une incision qui ouvre le canal vaginal sur toute son étendue. [Cystocèle, rectocèle, entérocèle, anomalies, état de la muqueuse (hyperémiée, épaissie, plissée, lisse, ulcérée, nécrosée, etc.), la coloration, les fistules, les cicatrices, le liquide qui peut le recouvrir, etc. On note les tumeurs (tubercules, carcinome), les kystes, etc.]

Lorsque le *col utérin* (coloration, consistance, etc., forme de la partie vaginale, direction et forme de l'orifice externe, cicatrices, atrophie, hypertrophie, état de la muqueuse, kystes, oblitération, carcinome ordinairement ne dépassant pas l'orifice interne, etc.), a été examiné du côté du vagin, on l'ouvre avec des ciseaux sur sa face antérieure et on prolonge l'incision jusque vers le fond de l'utérus, puis l'on fait à ce niveau deux incisions antérieures et latérales dans la direction des trompes. Cette incision en forme de T, permet de procéder avec facilité à l'examen du col et de l'utérus; on enregistre les lésions intéressant les parois et la muqueuse (métrite, périmétrite, endométrite, les tubercules, les tumeurs dont on désignera exactement le siège (sous-muqueux, intrapariétaux, sous-séreux), et sur lesquels on peut pratiquer de nouvelles incisions.

Les *trompes* sont alors ouvertes sur toute leur longueur; on constate leur perméabilité, l'état de la muqueuse (salpingite, pyo et hydro-salpingite, tuberculose (primitive ou secondaire), dilatation du canal avec épaississement et hypertrophie de l'organe, etc.; kystes de l'organe de Rosenmüller. On en trouve presque toujours un, même deux à l'extrémité des franges du pavillon, considérés comme vestiges d'organes embryonnaires).

On termine par les *ovaires* sur lesquelles on fait une section longitudinale à leur grand axe. On note l'état de la surface de la section, le contenu sanguin, la coloration, etc. On examine les follicules et le stroma (hémorrhagies folliculaires et parenchymateuses, hémorrhagies folliculaires, ovarite, tumeur (fibromyômes, sarcome, carcinome, kystes de l'ovaire, kystes dermoïdes, etc).

Telle est la façon la plus régulière, la plus parfaite de procéder à l'examen des organes du bassin, mais bien souvent, si l'attention de l'anatomo-pathologiste n'a pas été fixée par quelque altération visible extérieurement, les organes génitaux urinaires ne font l'objet que d'un examen rapide, pratiqué *in*

(1) Extrait du *Manuel de technique d'autopsie*, par Bourneville et Bricon. Voir *Progrès médical*, nos 43, 44, 46, 47, 48, 50 et 52 (année 1884), et 3, 4, 5, 7 et 11 (année 1885).

situ. Cet examen est naturellement incomplet et laisse quelquefois échapper l'occasion de constater certaines lésions intéressantes. Toutefois comme dans plusieurs circonstances le praticien, pour des causes multiples, n'enlève pas les organes du bassin, nous donnerons quelques détails sur l'examen *in situ.*

L'S iliaque et le rectum sont ouverts sur leur face antérieure, jusqu'à quelques centimètres de l'anus.

L'ouverture de la vessie ne diffère pas de ce que nous avons dit plus haut; il est bon, toutefois, de prolonger l'incision en avant et en arrière, le plus loin possible, de façon à faire un examen complet. Ceci s'applique aux deux sexes ; voyons ce qui est spécial à chacun d'eux.

1° *Chez l'homme,* on incise le cul-de-sac vésico-rectal au niveau du point de réflexion du péritoine sur la vessie et l'on détache le rectum de la vessie et des organes qui, chez l'homme, y sont annexés, pour pouvoir examiner les vésicules séminales, et la prostate sur lesquelles on pratique des incisions simples ou multiples, selon le cas. L'examen des testicules a lieu selon la méthode que nous avons décrite plus haut.

2° *Chez la femme,* les ovaires sont incisés selon la règle ordinaire. L'utérus est ouvert après incision transversale du fond du cul-de-sac vésico-utérin et séparation de la vessie de la face antérieure de l'utérus et du vagin; on pratique, en ce cas, avec le couteau d'abord, une incision transversale sur le fond de la matrice, puis du milieu de celle-ci on fait une incision longitudinale sur la face antérieure en la prolongeant aussi loin que possible sur le vagin. Les trompes sont ouvertes comme à l'ordinaire.

Il peut être nécessaire de pratiquer d'autres coupes accessoires, soit pour l'examen des glandes lymphatiques contenues dans le ligament large, soit pour étudier des produits pathologiques tels que kystes ovariens et autres tumeurs diverses, principalement les fibromes. (*A suivre*).

Incendie à l'Asile d'aliénés de Villejuif.

Lundi 10 février à 8 heures 1/2, un incendie a éclaté sans cause connue à l'asile d'aliénés de Villejuif dans un baraquement en planches servant de cuisine, de buanderie, de lingerie, de bains pour des gens de service. Ce baraquement est situé à dix mètres du bâtiment du 1er et 2e quartier, occupés par 80 aliénées. Les secours ont été organisés avec le plus grand zèle. Les malades ont été évacuées sur les autres quartiers sous la direction de M. Barroux, directeur, de M. le Dr Briand, médecin en chef et des internes. Les surveillantes et les infirmières laïques ont opéré le transport des malades avec un sang-froid et un dévouement dignes des plus grands éloges. Les pompiers sont accourus de toutes les communes environnantes. Malheureusement *l'eau manquait* COMPLÈTEMENT à l'Asile ; on n'a pu en trouver, après beaucoup de difficultés, qu'à 800 mètres de l'Asile. Deux sous-employés, le cuisinier et le garde magasin en voulant sauver du linge se sont laissé prendre par les flammes et, en sautant du 1er étage, se sont fait des contusions, légères heureusement. Les dégâts sont évalués à 125,000 francs environ. — Nous reviendrons prochainement sur le service des eaux dans les établissements hospitaliers et sur l'insuffisance des précautions contre *les incendies.*

Cours de la Faculté de Médecine (année scolaire 1884-85)

Les cours du semestre d'été auront lieu dans l'ordre suivant à partir du 16 mars 1885 :

Cours : Histoire naturelle médicale, M. BAILLON. Botanique médicale. — Cryptogames et monocotylédones, lundi, mercredi, vendredi, à 11 heures (Grand Amphithéâtre). — *Physiologie,* M. BÉCLARD. Le sang; la circulation. — La respiration ; la chaleur animale. — La nutrition ; — lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures (Grand Amphithéâtre). — *Pathologie chirurgicale,* M. GUYON. Des maladies des articulations et des luxations, lundi, mercredi, vendredi à 3 heures (Grand Amphithéâtre). — *Médecine légale,* M. BROUARDEL. Asphyxie par pendaison, par strangulation, par suffocation et par submersion ; — Infanticide ; — lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures (Grand Amphithéâtre). — *Pharmacologie,* M. REGNAULD. Généralités sur les formes pharmaceutiques. — Etude chimique des médicaments au point de vue de la posologie et de l'art de formuler ;—mardi, jeudi, samedi, à midi (Petit Amphithéâtre) —*Pathologie et Thérapeutique générales,* M. BOUCHARD. Infections et intoxications septiques ; pathogénie et thérapeutique, mardi, jeudi, samedi, à 5 heures (Petit Amphithéâtre). — *Pathologie interne,* M. DAMASCHINO. Maladies de la moelle épinière et des nerfs, mardi, jeudi, samedi, à 3 heures (Grand Amphithéâtre). — *Pathologie expérimentale et comparée,* M. VULPIAN. Etudes de pathologie expérimentale sur le système nerveux, mardi, jeudi, samedi, à 2 heures (Grand Amphithéâtre). — *Accouchements, maladies des femmes et des enfants,* M. TARNIER. Pathologie de la grossesse ;— Opérations obstetricales ; — lundi, mercredi, vendredi, à midi (Grand Amphithéâtre). — *Hygiène,* M. BOUCHARDAT. Des causes des maladies les plus meurtrières. — Moyens d'en diminuer les ravages. — Hygiène comparée.— Hygiène des âges ; —mardi, jeudi, samedi, à 4 heures (Grand Amphithéâtre). — *Thérapeutique et matière médicale,* M. HAYEM. Des grands modificateurs de la nutrition dans leurs applications au traitement des maladies chroniques, lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures (Petit Amphithéâtre). — *Exercices pratiques de médecine légale à la Morgue,* M. BROUARDEL. Exercices pratiques à la Morgue, lundi, mercredi, vendredi, à 2 heures (à la Morgue).

Cliniques : Cliniques médicales, M. G. SÉE, lundi et vendredi, à 9 h. 1/4 (à l'Hôtel-Dieu). — M. HARDY, mardi et samedi, à 10 heures (à la Charité). — M. POTAIN, lundi et vendredi, à 10 heures (à l'hôpital Necker). — M. JACCOUD, mardi et samedi, à 9 h. 1/2 (à la Pitié). — *Cliniques chirurgicales,* M. RICHET, mardi et samedi, à 10 heures (à l'Hôtel-Dieu). — M. VERNEUIL, lundi, mercredi, vendredi, à 10 heures (à la Pitié). — M. TRÉLAT, lundi, mercredi, vendredi, à 10 heures (à la Charité). — M. LE FORT, mardi et jeudi, à 10 heures (à l'hôpital Necker). — *Clinique de Pathologie mentale et des Maladies de l'encéphale,* M. BALL. Clinique de Pathologie mentale et des Maladies de l'encéphale, dimanche et jeudi, à 10 heures (à l'asile Sainte-Anne). — *Clinique des Maladies des enfants,* M. GRANCHER Clinique des Maladies des enfants, mardi et samedi, à 10 heures (à l'hôpital des Enfants-Malades). — *Clinique des Maladies syphilitiques et cutanées,* M. FOURNIER. Clinique des Maladies syphilitiques et cutanées, mardi et veudredi, à 9 heures (à l'hôpital Saint-Louis) — *Clinique des Maladies du système nerveux,* M. CHARCOT. Clinique des Maladies du système nerveux, mardi et vendredi, à 9 h. 1/2 (à la Salpêtrière). — *Clinique ophthalmologique,* M. PANAS. Clinique ophthalmologique, lundi et vendredi, à 10 heures (à l'Hôtel-Dieu). — *Clinique d'accouchements,* M. PAJOT. Clinique d'accouchements, mardi, jeudi, samedi, à 9 heures (à la Clinique de la Faculté). Visite des malades tous les matins.

Cours auxiliaires : Pathologie interne, M. RENDU, agrégé. Maladies de l'appareil digestif et de ses annexes ; — Maladies des organes génito-urinaires ; — mardi, jeudi, samedi, à 5 heures (Grand Amphithéâtre). — *Pathologie externe,* M. PEYROT, agrégé. Maladies du cou, de la poitrine, de l'abdomen et de la partie inférieure du tronc, sauf les maladies des organes génito-urinaires, lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures (Petit Amphithéâtre).

Cours complémentaires : Chimie médicale, M. HANRIOT, agrégé. Métaux. — Chimie organique : complément du Cours d'hiver, lundi, mercredi, vendredi, à 9 heures 3/4 (Grand Amphithéâtre). — *Histoire naturelle,* M. Raphaël BLANCHARD, agrégé. Zoologie médicale : Les Helminthes, jeudi, à 1 heure (Grand Amphithéâtre). — *Physique,* M. GARIEL, agrégé. Instrument d'optique. — Magnétisme et electricité. — Propriétés moléculaires des corps ; — mardi, jeudi, samedi, à 2 heures (Petit Amphithéâtre). — *Physiologie,* M. RÉMY, agrégé. Physiologie des organes des sens, samedi, à 1 h. 1/2 (Ecole pratique, rue Vauquelin, 1). — *Anatomie pathologique,* M. STRAUS, agrégé. Des lésions anatomiques déterminées par les microbes. — Anatomie pathologique des principales maladies infectieuses.— Classification des tumeurs ; —lundi, mercredi, vendredi, à 3 heures (Petit Amphithéatre). — *Accouchements,* M. CHARPENTIER, agrégé. Dystocie, mardi, jeudi, samedi, à 4 heures (Petit Amphithéatre).

Travaux pratiques : Chimie, M. HANRIOT, agrégé, chef des travaux. Travaux pratiques de chimie, mardi, jeudi, samedi, de 7 heures 1/2 à 10 heures du matin. — *Physique,* M. GUÉBHARD, agrégé, chef des travaux. Travaux pratiques de physique, mardi, mercredi, jeudi, de 4 heures à 6 heures. — *Histoire naturelle,* M. FAGUET, chef des Travaux. Travaux pratiques d'histoire naturelle, lundi, mardi, jeudi, samedi, à 7 heures 1/2 du matin — *Physiologie,* M. LABORDE, chef des Travaux. Démonstrations de physiologie expérimentale, mardi, jeudi, samedi, à 1 heure 1/2. — *Histologie,* M. CADIAT, agrégé, chef des Travaux. Travaux pratiques d'histologie, lundi, mercredi, vendredi, de 3 heures à 5 heures. — *Médecine opératoire,* M. FARABEUF, agrégé, chef des Travaux anatomiques. Exercices de médecine operatoire, tous les jours, de 1 heure à 4 heures. — *Anatomie pathologique.* — M. GOMBAULT, chef des Travaux. Travaux pratiques d'anatomie pathologique, tous les jours, à 2 heures.

Le *Musée Orfila* et le *Musée Dupuytren* sont ouverts aux élèves tous les jours, de 11 à 4 heures.

La *Bibliothèque* est ouverte tous les jours de 11 heures du matin à 5 heures de l'après-midi et tous les soirs de 7 heures 1/2 à 10 heures.

Cours d'histoire naturelle médicale, — M. BAILLON commen-

cera le cours d'Histoire naturelle médicale le mercredi 25 mars 1885, à onze heures (Grand Amphithéâtre), et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

Cours auxiliaire de physique. — M. GARIEL, agrégé, commencera le cours auxiliaire de physique le mardi 24 mars 1885, à 2 heures de l'après-midi (Petit Amphithéâtre), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure. — SUJET DU COURS : *Instruments d'optique ; magnétisme et électricité ; propriétés moléculaires des corps.*

Cours auxiliaire de pathologie interne. — M. RENDU, agrégé, commencera le cours auxiliaire de pathologie interne le samedi 21 mars 1885, à 5 heures de l'après-midi (Grand Amphithéâtre), et le continuera les mardi, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Cours de médecine légale. — M. BROUARDEL commencera le cours de médecine légale le lundi 23 mars 1885, à 4 heures de l'après-midi (Grand Amphithéâtre), et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Hôtel-Dieu. — Clinique médicale. — Le cours de clinique médicale (2e semestre), s'ouvrira le lundi 23 mars, à 9 heures. Tous les lundis, leçon publique sur la *Thérapeutique clinique.* — Les mercredis, conférences au lit du malade — Les vendredis, M. CORNIL traitera de la *Tuberculose.* — M. BOCHEFONTAINE. chef du laboratoire de l'Hôtel-Dieu, fera tous les jeudis des expériences physiologiques. — Visite tous les matins à 8 heures et demie.

Cours complémentaire de chimie médicale. — M. HANRIOT, agrégé, a commencé le cours complémentaire de chimie médicale le lundi 16 mars 1885, à 9 heures trois quarts du matin (Grand Amphithéâtre), et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Cours de pathologie expérimentale et comparée. — M. VULPIAN a commencé le cours de pathologie expérimentale et comparée le mardi 17 mars 1885, à 2 heures de l'après-midi (Grand Amphithéâtre), et le continuera les jeudis, samedis et Mardis suivants, à la même heure.

Cours de physiologie. — M. REYNIER, agrégé, suppléant, commencera le cours de physiologie le lundi 23 mars 1885, à 5 heures de l'après-midi, et le continuera les mercredis, Vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Cours de pharmacologie — M. REGNAULD commencera le cours de pharmacologie le samedi 21 mars 1885, à midi (Petit Amphithéâtre), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Cours auxiliaire d'histoire naturelle. — M. Raphaël BLANCHARD, agrégé, a commencé le cours auxiliaire d'histoire naturelle le jeudi 19 mars 1885, à 1 heure de l'après-midi (Grand Amphithéâtre), et le continuera les jeudis suivants, à la même heure.

Cours auxiliaire de pathologie externe. — M. PEYROT, agrégé, a commencé le cours auxiliaire de pathologie externe le vendredi 20 mars 1885, à 4 heures de l'après-midi (Petit Amphithéâtre). et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

Cours d'accouchements spécial aux élèves sages-femmes. — M. RIBEMONT-DESSAIGNES, agrégé, commencera le cours d'accouchements, spécial aux élèves sages-femmes, le mardi 24 mars 1885, à midi (Amphithéâtre Laennec), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure. — Seront admises : 1° Les élèves sages-femmes en cours d'études depuis le mois de novembre 1884 ; 2° Les élèves sages-femmes qui auront subi avec succès, à la session de mars 1885, l'examen d'admission à la clinique. Une carte spéciale sera délivrée à chacune des élèves sages femmes ci-dessus désignées, le jour de l'ouverture du Cours, à 11 heures trois quarts.

Cours de thérapeutique et de matière médicale. — M. le Professeur G. HAYEM commencera son cours le lundi 23 mars à 5 heures et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure. Programme du cours de l'année : Des grands modificateurs de la nutrition dans leurs applications au traitement des maladies chroniques.

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 23. — 2e *de Doctorat* (N. R., 2e partie). 1re *Série* : MM. Béclard, Damaschino, Ch. Richet. — 2e *Série* : MM. Charcot, Potain, Kirmisson. — 3e *de Doctorat* MM. Baillon, Gauthier, Guebhard. — 4e *de Doctorat* : MM. Vulpian, Hayem, A. Robin. — 5e *de Doctorat* (N. R., 1re partie) (Charité) : MM. Tarnier, Lannelongue, Segond.

MARDI 24. — 2e *de Doctorat* (N. R., 1re partie) : MM. Robin, Duplay, Humbert. — 3e *de Doctorat* (N. R., 2e partie) : MM Bouchard, Grancher, Hanot. — 4e *de Doctorat*. 1re *Série* : MM. Jaccoud, Proust, Troisier. — 2e *Série* : MM. G. Sée, Brouardel, Hallopeau. — 5e *de Doctorat* (N. R., 2e partie) (Charité) : MM. Hardy, Cornil, Hutinel. — 5e *de Doctorat* (A. R.) (Charité). 1re *Série* : MM. Pajot, Ball, Peyrot. — 2e *Série* : MM. Le Fort, Peter, Charpentier.

MERCREDI 25. — Méd. opér. (Epreuve pratique) : MM. Trélat, Lannelongue, Segond. — 2e *de Doctorat* (N. R., 2e partie) : MM. Béclard, Charcot, Rémy. — 3e *de Doctorat* : MM. Regnauld, Gariel, Blanchard. — 5e *de Doctorat* (A. R.) (Hôtel-Dieu) : MM. Potain, Tarnier, Terrillon.

JEUDI 26. — Diss. (Epreuve pratique) : MM. Sappey, Duplay, Richelot. — 2e *de Doctorat* (N. R., 2e partie) : MM. Robin, Proust, Hanot. — 2e *de Doctorat* : MM. Le Fort, Laboulbène, Debove. — 3e *de Doctorat* (N. R., 1re partie) : MM. Pajot, Richet, Peyrot. — 3e *de Doctorat* (N. R., 2e partie). 1re *Série* : MM. Hardy, Jaccoud, Raymond. — 2e *Série* : MM. Bouchard, Grancher, Hallopeau.

VENDREDI 27. — Dissect. (Epreuve pratique) : MM. Guyon, Lannelongue, Segond. — 2e *de Doctorat* (A. R., oral) : MM. Trélat, Vulpian, Landouzy. — 3e *de Doctorat* (A. R.) : MM. Regnauld, Gariel, Blanchard. — 5e *de Doctorat* (N. R., 2e partie) (Charité) : MM. Charcot, Hayem, A. Robin. — 5e *de Doctorat* (A. R.) (Charité). 1re *Série* : MM. Verneuil, Damaschino, Ribemont-Dessaignes. — 2e *Série* : MM. Potain, Tarnier, Kirmisson.

SAMEDI 28. — 1er *de Doctorat*, 1re *Série* : MM Sappey, Cornil, Richelot. — 2e *Série* : MM. Richet, Grancher, Campenon. — 4e *de Doctorat* : MM. Brouardel, Peter, Raymond. — 5e *de Doctorat* (N. R., 1re partie) (Hôtel-Dieu) : MM. Le Fort, Panas, Bouilly. — 5e *de Doctorat* (A. R.) (Hôtel-Dieu) : MM. Bouchard, Duplay, Charpentier.

Thèses soutenues à la Faculté de Médecine

Mardi 24. — M. Laroche. Contribution à l'étude de la métrorrhagie symptomatique. — M. Darrigade. Du ptérygion et de son traitement. Méthode dite par enroulement. — *Mercredi* 25. — M. Cohen. De la gastrotomie dans les rétrécissements non cancéreux de l'œsophage. — M. Duroselle. Du xanthélasma. — *Jeudi* 26. — M. Vazeille. Complications pulmonaires de la fièvre typhoïde simulant la tuberculose. — M. Perochaud. Recherches sur les tumeurs des glandes salivaires. — M. Darier. De la broncho-pneumonie dans la diphtérie. — M. Gallois. Abcès miliaires des reins dans la fièvre typhoïde. — M. Dutrieux. Aperçu de la pathologie des Européens dans l'Afrique intertropicale. — *Samedi* 28. — M. Combarieu. Etude sur la pathogénie de la rétroversion de l'utérus gravide. — M. Tabournel. De la décollation par la ficelle : procédé de M. le professeur Pajot. — M. Marquet. Essai sur la nature et la symptomatologie de l'érythème polymorphe grave ou infectieux. — M. Picard. Des hémorrhagies intestinales dans la fièvre typhoïde.

Enseignement médical libre.

Hôpital St-Louis. — Les conférences cliniques de M. Ernest BESNIER sont interrompues jusqu'après les vacances de Pâques. Un avis indiquera la reprise.

Cours théorique et pratique d'accouchements. — M. le Dr DOLÉRIS, chef de clinique d'accouchements de la Faculté, commencera son cours le jeudi 26 mars, à 4 heures. Le cours est complet en deux mois. On s'inscrit à la Clinique, 89, rue d'Assas.

Cours libres autorisés pour le 2e semestre de l'année scolaire 1884-85, par arrêté ministériel en date du 18 février 1885.

Médecine opératoire, M. le Dr LE NOIR. Tous les jours, à 1 heure, à l'Ecole Pratique, pavillon n° 8, lundi 16 mars. — *Ophtalmologie . Médecine opératoire ; Exercices pratiques,* M. le Dr GILLET DE GRANDMONT. Lundi et vendredi, à 8 heures du soir, pavillon n° 3, vendredi 17 avril. — *Pathologie exotique,* M. le Dr ROUX (Fernand). Samedi, à 4 heures, pavillon n° 2, samedi 21 mars. — *Phlegmasies viscérales,* M. le Dr BRISSAUD. Lundi et vendredi, à 5 heures, pavillon n° 2 vendredi 20 mars. — *L'affection calculeuse : la Lithotritie et les différents procédés de taille,* M. le Dr DUBUC. Mercredi et vendredi, à 4 heures, pavillon n° 2, mercredi 18 mars. — *L'étude des maladies infectieuses,* M. le Dr CHAUFFARD. Mardi et samedi, à 4 heures, pavillon n° 1, mardi 14 avril. — *Maladies des membranes de l'œil,* M. le Dr DE LA PERSONNE. Lundi et jeudi, à 4 heures, pavillon n° 3, jeudi 19 mars. — *Maladies des reins,* M. le Dr LETULLE. Lundi et jeudi, à 5 heures pavillon n° 1, jeudi 9 avril. — *Pathologie externe,* M. le Dr PIQUÉ. Jeudi, à 8 heures du soir, pavillon n° 1, jeudi 19 mars. — *Médecine mentale,* M. le Dr GILSON. Jeudi et samedi, à 5 heures, pavillon n° 2, jeudi 16 avril.

Electrothérapie et Gynécologie. — M. le Dr APOSTOLI commencera son cours le mercredi 25 mars à trois heures pour le continuer les mercredis suivants à la même heure.

Cours complet d'accouchement en 42 leçons. — MM. BAR et

Auvard recommenceront leurs cours d'accouchement le lundi 20 avril, à 4 h. 1/2, 5, rue du Pont-de-Lodi. — MM. les étudiants seront exercés au diagnostic des présentations et positions, ainsi qu'aux manœuvres obstétricales. — Pour les renseignements et pour se faire inscrire, s'adresser, soit à M. le Dr Bar, 4, rue Saint-Florentin, soit à M. Auvard, 21, rue de Lille, les lundis, mercredis, vendredis, à 1 h. 1/2.

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 8 mars au samedi 14 mars 1885, les naissances ont été au nombre de 1204, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 481 ; illégitimes, 149. Total, 630. — *Sexe féminin* : légitimes, 427 ; illégitimes, 147. Total, 574.

Mortalité a Paris.— Population d'après le recensement de 1881, 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 8 mars au samedi 14 mars 1885. les décès ont été au nombre de 1096 : savoir : 583 hommes et 513 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Choléra : M. . F. .. T. . — Fièvre typhoïde : M. 12. F. 16. T. 28. — Variole : M. .. F. ., T. .. — Rougeole : M. 19, F. 22, T. 41. — Scarlatine : M. 2, F. 3, T. 5. — Coqueluche : M. 4. F. 5 T. 9 — Diphthérie, Croup. M. 13, F. 22, T. 35 — Dyssenterie : M. .. F. ., T. ..— Erysipèle : M. 3, F. 1, T. 4 — Infections puerpérales : 6.— Autres affections épidémiques : M. ., F. ., T. .. — Méningite tuberculeuse et aiguë : M. 26, F. 24, T. 50.— Phthisie pulmonaire : M. 146, F. 67 T. 213. —Autres tuberculoses : M. 16, F. 8. T. 24.—Autres affections générales : M. 25, F. 40 T. 65 — Malformations et débilité des âges extrêmes : M. 23, F. 31, T. 54 —Bronchite aiguë : M. 21, F. 13 T. 34.— Pneumonie : M. 41, F. 50, T 91. — Athrepsie : M. 37. F. 28 T. 65. — Autres maladies des divers appareils : M. 170 F. 169, T. 339. — Après traumatisme : M. ., F. ., T. .. — Morts violentes : M. 21, F. 3. T. 24. — Causes non classées M. 4, F. 5, T. 9.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 110 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 44 ; illégitimes, 14. Total : 58. — *Sexe féminin* : légitimes, 39 ; illégitimes, 13. Total : 52.

Faculté de médecine de Paris. — M. Paul Loye, licencié ès sciences naturelles, est nommé préparateur du cours de médecine légale, en remplacement de M. Josias, démissionnaire.

Concours du bureau central. — Le *jury* pour le concours qui doit s'ouvrir le 30 mars se compose de MM. Audhoui, Desnos, D'Heilly, Gombault, Hanot, Hervieux, Millard et Tennesson ; il y aura lieu de procéder au remplacement de M. Duplay, qui n'a pas accepté. — Les *candidats* sont au nombre de 50 : MM. Barié, Barthélemy, Beclère, Béringier, Bourey, Brocq, Bruchet, Buzot, Capitan. Chantemesse, Chouppe, Comby, De Brun, Decaisne, De Gennes, Delpeuch, Dreyfous, Dupleix, Galliard, Gauchas. Gaucher, Giraudeau, Havage, Hirtz (Ed.), Hirtz (Hip.), Jean, Josias, Juhel-Rénoy, Ledoux-Lebard, Leduc. Legendre, Leroux (Ch.), Leroux (M.), Liandier, Lorey, Lucas-Championnière, Luce, Marie, Martin, Martinet, Mathieu, Netter, Petit, Renault, Robert, Robin. Siredey, Stakler, Variot et Veil.

Assistance publique : Les enfants.—M. Bourneville fera lundi prochain, 23 mars, à la salle de l'Ermitage, rue de Jussieu, n° 29, une conférence sur la situation actuelle de l'Assistance publique de Paris, en ce qui concerne les *enfants*.

Amphithéatre d'anatomie des hôpitaux. — *Cours de la saison d'été, année 1885* : 1° *Cours de médecine opératoire*. MM. les élèves internes et externes des hôpitaux et hospices sont prévenus que M. le Dr Tillaux, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, directeur des travaux anatomiques, ouvrira ce cours le lundi 13 avril 1885 à 4 heures. — M. le Dr Tillaux traitera des amputations, les lundis et vendredis. M. le Dr Ricard, premier prosecteur, traitera des résections et des opérations spéciales, les mardis et jeudis. M. le Dr Walther, deuxième prosecteur, traitera des ligatures d'artères, les mercredis et samedis. — 2° *Conférences d'histologie*. Des conférences sur l'histologie normale et pathologique à être faites par M. le Dr Armand Siredey, chef du laboratoire. MM. les élèves seront chaque jour exercés, sons sa direction, au maniement du microscope. *NOTA*. — Les microscopes et autres instruments nécessaires à ces divers travaux pratiques seront mis gratuitement à la disposition de MM. les élèves par l'administration de l'Assistance publique. Les séries devant être réformées pour la médecine opératoire, MM. les élèves sont prévenus que leurs cartes seront reçues à l'Amphithéâtre, à partir du 1er avril.

Hôpitaux de paris. — Par suite de la nomination de M. Grancher à la chaire de clinique des maladies des enfants, M. Blachez passe de Cochin à Necker ; M. Gouraud, de St-Antoine à Cochin ; M. Hutinel, de Lourcine à St-Antoine ; M. Roques, du Bureau central à Lourcine.

Hopitaux de Lyon. Après un brillant concours le Dr Weill a été nommé médecin des hôpitaux de Lyon.

Les écoles d'infirmières aux Etats-Unis. — Dans sa session générale de 1883, l'Association médicale américaine, le Dr S. Gross a fait la proposition suivante : Attendu qu'une bonne infirmière est d'une importance supérieure pour le bien-être des malades et la recouvrance de la santé ; — Attendu que le sujet est l'un de ceux qui se recommandent le plus fortement au bon sens et à la sympathie de tous les membres intelligents de la Société, il est résolu que cette Association, reconnaissant pleinement l'importance du sujet, recommande respectueusement l'établissement, dans chaque ville de comté de nos Etats, d'écoles ou de sociétés pour l'instruction efficace des infirmières et des infirmiers ; décide que cette instruction doit être donnée par des médecins compétents, et si cela est possible, membres des sociétés de comté, soit gratuitement, soit avec une modeste rétribution. — Cette proposition est adoptée. (*The Journal of American med. Assoc.*, 1883, p. 9).

MM. Lea, frères, à propos du centenaire de la fondation de leur maison d'édition à Philadelphie, publient une notice historique dans laquelle nous relevons, que ce fut Lafayette qui avança 400 dollars à M. Curey, irlandais réfugié en Amérique à la suite de faits politiques. Ce fut avec ces 400 dollars que Carey fonda un journal quotidien, le *Pensylvannia Evening Herald*. Carey s'associa bientôt son gendre Isaac Lea, qui fonda à son tour *The Americain Journal of the Medical Sciences*, publication justement appréciée (*Edinburg Medical Journal*, mars 1885, p. 832.)

Nouveaux journaux. — Nous recevons le premier numéro de *La Enciclopedia*, revue mensuelle de médecine, pharmacie et agriculture, dirigée par les Drs De La Torre y Huerta et Gonzalès y Curquejo et paraissant à la Havane. — Nous apprenons l'apparition prochaine du journal « *Les Nouveaux remèdes* », qui paraîtra deux fois par mois et sera consacré à la chimie médicale, à la pharmacologie, à la thérapeutique et à l'hydrologie.

Nécrologie. — Le Dr Frerichs, professeur de clinique médicale à la faculté de Berlin, est décédé le 14 mars courant. Il était né en 1819 à Aurich, avait fait ses études universitaires à Göttingen où il enseigna d'abord la médecine comme Privat-Docent. En 1859, il succéda à Schönlein dans la chaire de Berlin. Il laissa de nombreux travaux : *De polyporum structura penitiore*, in-4, Leerœ, 1843. *Untersuch. über die Galle in physiol. und path. Bezieh.* in-8, Hannover, 1845. *Die Bright'sche Nierenkrankheit u. deren Behandlung*, 1 pl. in-8, Baunschweig, 1851. *Die med. Klinik nach eigenen Beobachtungen*, 2 vol. avec atlas, 1858 et 1861. — *Traité pratique des maladies du foie et des voies biliaires*, trad. française par Duménil et Pellagot, Paris, 1866. — *Anatomie pathologique du foie et des voies biliaires*, trad. française. in-4°, 1866, etc.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

PARIS. — IMP. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE REN S, 71.

13e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. I. No 13 BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 28 MARS 1885.

Le Progrès Médical

CLINIQUE DES MALADIES NERVEUSES

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. CHARCOT.

Tremblements, mouvements choréiformes et Chorée rhythmée.

Leçon recueillie par M. Georges GUINON, interne du service (1).

Ainsi sont formés, Messieurs, les deux premiers groupes de tremblements ou mouvements involontaires, je vais maintenant vous parler d'une affection qui constituera notre troisième groupe. Elle porte également le nom de chorée, bien qu'elle diffère considérablement, ainsi que vous allez le voir, de la chorée de Sydenham et des affections connexes. Cela nous éloigne un peu de la sclérose en plaques, mais je craindrais, en tardant plus, de manquer l'occasion de placer sous vos yeux un certain nombre d'exemples qu'on a rarement la chance de trouver réunis, car il s'agit d'une maladie en somme assez rare.

Dans la *chorée rhythmée*, nous ne retrouvons ni les oscillations, ni les vibrations, comme dans le tremblement, ni les gesticulations illogiques, contradictoires, comme dans la chorée vulgaire ; mais si l'affection est caractérisée, elle aussi, par des mouvements involontaires, impulsifs, ces mouvements sont complexes et en outre, fait important, ils se reproduisent suivant un *rhythme régulier;* ils sont *cadencés*. Ils n'ont donc pas, vous le voyez, le caractère d'irrégularité des mouvements choréiformes que je vous ai décrits tout à l'heure. On peut aussi les dire *systématiques*, parce qu'ils semblent coordonnés suivant un certain plan, imitant par exemple : 1° certains *mouvements d'expression* tels que ceux de la danse, des danses de caractère en particulier (*chorée saltatoire*). 2° Ou bien certains *actes professionnels*, comme les mouvements des rameurs ou des forgerons (*chorée malléatoire*). En un mot il y a reproduction plus ou moins fidèle d'actes voulus, logiques, intentionnels.

La maladie en question semble le plus souvent liée à l'hystérie, ou d'origine hystérique, bien qu'elle puisse subsister dans quelques cas par elle-même. en dehors de tout phénomène caractérisant habituellement l'hystérie. Vous allez d'ailleurs voir vous-mêmes comment la transition peut se faire entre ces deux états, car, sans plus insister sur ces généralités, je vais successivement faire passer sous vos yeux trois malades qui présentent à des degrés différents les symptômes de la chorée rhythmée.

L'une d'elles, la nommée Flor..., vous est connue déjà. Mais vous ne l'avez vue qu'en passant, et elle mérite une étude plus approfondie. Elle est dans le service depuis plus de six mois et j'en ai déjà fait l'objet d'une leçon l'an passé. C'est dire qu'il s'agit là d'une affection rebelle, dont on débarrasse difficilement les malades. Cette femme est âgée de 26 ans. Elle a été mariée deux fois, d'abord à 18, puis à 20 ans. Elle a eu trois enfants. Elle est d'un caractère irritable, mariée à un ouvrier, brave homme d'ailleurs, mais dont les fréquentes incartades sont le sujet de vives querelles dans le ménage.

On ne trouve rien dans les antécédents héréditaires non plus que dans les antécédents personnels qui mérite d'être signalé. Il y a trois ans, à la suite de sa dernière couche, elle a commencé à éprouver les troubles suivants: Souvent, après le dîner, elle ressentait dans la région de l'estomac une sorte de gonflement avec pulsation, puis, au cou, la sensation de boule. Elle tombait alors dans une espèce d'état lipothymique, d'engourdissement de tout le corps ; et ces accidents se terminaient par une crise de larmes. Elle eut également à cette époque des crachements et des vomissements de sang (hémorrhagies de cause nerveuse de Parrot). Enfin j'ajouterai qu'elle présentait alors une hémianesthésie droite, d'ailleurs assez légère, qui est aujourd'hui passée à gauche, sans modifications du champ visuel, ni autres troubles sensoriels. Elle n'a jamais eu d'ovarie. Ce sont là, Messieurs, les stigmates de la grande névrose, disparus presque complètement du reste aujourd'hui, mais dont l'existence passée suffit pour nous permettre d'affirmer la nature ou tout au moins l'origine hystérique de l'affection dont elle est atteinte aujourd'hui.

Le début des crises de mouvements rhythmés remonte au 15 mai 1884, c'est-à-dire à l'année dernière. Ils se sont produits, pour la première fois, à l'occasion d'une dispute, survenue pendant la période menstruelle, et après une de ces attaques vulgaires qu'elle avait habituellement à la suite du dîner. Puis la chorée se constitua en permanence, les crises survenant à toute heure, excepté pendant le sommeil. Les accès duraient de une heure à une heure et demie, séparés par des intervalles d'abord courts, mais au bout de quelques semaines ils devinrent de plus en plus éloignés et aujourd'hui ils sont très rares spontanément. Nous avons reconnu qu'on peut les provoquer à coup sûr par certaines manœuvres. L'électricité statique paraît avoir produit l'amendement qui s'est fait dans ces derniers temps, c'est sous son influence sans doute que l'hémianesthésie s'est déplacée d'abord, puis a disparu. Mais la malade est encore loin sans doute de la guérison complète. Je me rappelle une jeune Polonaise dont les accès malléatoires du bras, revenant par crises d'une durée de une à deux heures, plusieurs fois par jour, continuaient depuis sept ans. Je ne sais si elle est guérie actuellement, et d'ailleurs je vais tout à l'heure vous montrer une malade chez laquelle les accès durent depuis plus de trente ans.

L'état actuel chez Flor... est aujourd'hui le suivant. Je vous ai dit qu'il y avait des crises spontanées et des crises provoquées. Les premières surviennent en général après le repas ; c'est en quelque sorte un souvenir de l'attaque vulgaire antérieure. Alors la malade ressent une douleur et des battements dans l'épigastre, une sorte d'engourdissement. Puis le membre supérieur droit commence à se mouvoir, suivi bientôt par le gauche et par les membres inférieurs. Vous assistez alors à une succession d'actes variés, très complexes, où vous pouvez reconnaître les caractères de rhythme, de ca-

(1) Voir *Progrès médical*, n° 12.

dence, d'imitation parfaite de certains mouvements intentionnels et logiques, dont je vous parlais dans ma description générale. Quand le début est spontané, la crise paraît sans autre aura qu'un battement de la paupière droite.

Les crises provoquées s'obtiennent en tirant sur le bras droit, ou en frappant à l'aide d'un marteau sur l'un ou l'autre tendon rotulien, ainsi que je le fais devant vous. Dans le cas où c'est le bras qui a été excité, immédiatement ce bras part, animé de mouvements cadencés, rapides, dans lesquels la malade semble battre des œufs. Puis elle fléchit ses doigts, en applique la pulpe contre le pouce, et élevant le bras, fait le geste de l'orateur qui démontre. De temps en temps le membre supérieur tout entier est emporté dans de grands mouvements de circumduction. Les membres inférieurs s'agitent également à leur tour, et si la malade est debout et soutenue, elle danse alternativement sur chaque pied, imitant absolument la bourrée ou les danses des Tsiganes ou des Zingari d'Andalousie. Pendant toute la durée de l'attaque la malade est complètement consciente, et, fait remarquable, quand on est placé près d'elle et qu'elle va exécuter un de ces grands mouvements, qui pourrait avoir pour conséquence de frapper violemment la personne voisine, elle vous prévient de prendre garde, avant que le geste n'ait commencé. Il semble donc, fait important au point de vue psychophysiologique, que l'acte soit précédé d'une représentation mentale qui avertit la malade de ce qui va se passer. Vous pouvez l'interroger pendant l'accès, elle vous répondra qu'elle ne souffre pas, qu'elle est seulement très fatiguée, et incommodée par de violentes palpitations. De temps à autre elle s'arrête, se repose pendant un moment; vous croyez que la crise est passée; mais non, tout recommence bientôt, et les mêmes phases se reproduisent. La durée totale de l'accès varie entre une heure et deux heures. On la couche et tout est dit; quand elle se relève elle est un peu fatiguée.

Vous allez voir maintenant une crise fort analogue se produire chez une autre malade, à la suite de manœuvres semblables. C'est chez cette femme, la nommée Deb..., que la chorée dure depuis plus de trente ans. Seulement la maladie s'est un peu améliorée dans ces derniers temps, en ce sens que les crises spontanées sont devenues extrêmement rares; on ne lui en voit plus guère que de provoquées. Elle a aujourd'hui 67 ans. La ménopause est depuis longtemps passée; on ne doit plus compter sur elle par conséquent pour faire cesser les accidents. Je vous montrerai d'ailleurs plusieurs exemples de ce genre dans l'histoire de l'hystéro-épilepsie. Actuellement, d'ailleurs, il ne reste chez notre malade aucun signe permanent d'hystérie, et on ne trouve rien d'autre chez elle qu'une grande émotivité, et les accès de chorée rhythmée. Les crises se provoquent facilement soit en tirant sur le bras, soit en percutant le tendon rotulien, comme chez notre première malade.

Mais avant de faire naître une de ces attaques, je veux vous rappeler sommairement l'histoire de la maladie. Le début remonte à l'âge de 36 ans. A cette époque, étant en voiture avec son mari, elle est tombée dans un précipice avec le cheval et la voiture. A la suite de la grande frayeur qu'elle éprouva, elle eut une perte de connaissance qui dura trois heures, puis une crise convulsive, grande attaque hystérique suivie de contracture des membres du côté droit, puis d'aboiement. C'est au bout de quelques mois seulement qu'apparurent les crises rhythmées comme le sont celles d'aujourd'hui; seulement elles étaient à cette époque plus intenses et plus longues.

Regardez en ce moment la malade. Nous n'aurons pas besoin d'intervenir; car l'émotion qu'elle vient d'éprouver à se trouver devant tant de monde dans l'amphithéâtre, nous évitera la peine de provoquer la crise. Dans une première phase, on voit se produire les secousses rhythmées du bras, les mouvements malléatoires. La malade a les yeux fermés. Puis à cette période succède une période de spasmes toniques et de torsion des bras et de la tête, rappelant l'épilepsie partielle. C'est vraisemblablement là un vestige de l'attaque d'hystérie convulsive. Enfin se produisent des mouvements cadencés de la tête à droite et à gauche, mouvements rapides, échappant à toute interprétation, car je me demande à quoi ils répondent dans la série des actes physiologiques. En même temps la malade émet une sorte de cri ou mieux de chant, de plainte modulée, toujours la même. Et ici nous retrouvons le caractère de coordination, d'adaptation apparente qui est propre à la chorée rhythmée. La crise cesse sous nos yeux spontanément. Pendant toute sa durée, la malade n'a pas un seul instant perdu connaissance.

Vous voyez, par cet exemple, que la choré rhythmée peut être, dans certains cas, une affection grave, non qu'elle menace directement la vie, mais parce qu'elle peut persister très longtemps et devenir une infirmité horriblement gênante, empêchant les malades de se livrer à aucune occupation et les obligeant à s'éloigner du monde en raison de l'effroi qu'inspirent les attaques et du sentiment de répulsion dont ces malheureuses se sentent l'objet.

Heureusement, Messieurs, les choses ne sont pas toujours aussi sombres dans l'histoire de la chorée rhythmée et je puis, en opposition avec les deux précédentes malades, vous en présenter uue troisième chez laquelle les mouvements choréiques rhythmés n'existent qu'à l'état rudimentaire à l'état de germe pour ainsi dire revenant par accès spontanés ou provoqués, comme dans nos deux premiers cas, mais ici toujours entremêlés avec des phénomènes d'hystérie convulsive vulgaire. En un mot la chorée rhythmée, qui revêt chez cette troisième malade la forme malléatoire, est un accompagnement de l'attaque hystérique, elle ne s'en détache pas pour s'individualiser.

La nommée Bac..., âgée de 29 ans, couturière, est dans le service depuis le 6 janvier 1885. On ne retrouve dans les antécédents héréditaires ou personnels aucune trace de névropathie. A l'âge de 22 ans, à la suite d'un grand chagrin causé par la mort d'un parent, elle eut de véritables attaques d'hystérie dans lesquelles se manifestaient déjà les mouvements choréiques d'aujourd'hui. De 1878 à 1884 elle n'eut que quatre ou cinq crises et cela seulement à la suite de contrariétés. Je note en passant plusieurs arthrites blennorrhagiques, poignet droit, genou gauche, comme ayant coopéré de près ou de loin au retour des accidents actuels. Il n'existe pas de troubles sensoriels, pas de modification de la sensibilité autre qu'une légère anesthésie au froid du côté gauche; un point ovarien existe à droite, de telle sorte qu'ici, ainsi que cela se voit quelquefois, l'ovarie et l'hémianesthésie sont croisées.

Quand les attaques surviennent spontanément, elles débutent par un sentiment de gêne à la région épigastrique et par des battements de cœur; quelquefois la sensation nette de boule existe. Il n'y a jamais d'aura céphalique. On peut d'ailleurs provoquer les crises en tirant sur le bras gauche et en le secouant en même

temps de manière à imiter les mouvements malléatoires choréiques. Au début, le bras gauche commence à présenter des mouvements malléatoires que le droit exécute bientôt après. Mais en même temps tout le corps se roidit, la tête et les membres inférieurs restant immobiles. De temps à autre ceux-ci se mettent à trépider; les yeux restent clos ou les paupières palpitent. Par instants la malade esquisse un arc de cercle qui interrompt la monotonie de l'attaque. La pression sur la région ovarienne droite fait cesser la crise et alors pendant un moment la malade reste sans parler et sans pouvoir remuer sa langue.

Ici l'origine hystérique de l'affection est encore plus nettement accusée que chez les deux premières malades. La maladie rhythmée ne s'est pas détachée, en quelque sorte, comme affection autonome. Le cas est aussi, en conséquence je l'espère, moins grave. En somme il s'agit chez cette femme, en dehors des phénomènes malléatoires, de crises assez vulgaires, appartenant plutôt à la petite hystérie qu'à la grande, les attaques se produisant rarement, et à l'occasion d'une émotion. On peut espérer que, sous l'influence d'un traitement approprié les accès disparaîtront, en même temps que les symptômes choréiformes rhythmés qui les accompagnent.

PATHOLOGIE EXTERNE

Des bougies et de leurs usages (1)

Par le Dr P. PICARD.

On appelle bougies des instruments ayant la forme de tiges, droites ou courbes, cylindriques, coniques ou renflées à l'une de leurs extrémités. Les unes sont en métal et, par conséquent, *rigides*; les autres en gomme élastique, c'est-à-dire *flexibles*.

Les bougies sont des instruments destinés au traitement des maladies de l'urèthre : les unes servant à reconnaître les affections de cet organe et les autres à les guérir. Les premières sont donc des instruments de *diagnostic*; les secondes des instruments de *thérapeutique*.

Les bougies de diagnostic, dites bougies *exploratrices*, bougies à *boule* ou à *olive*, bougies *de sir Ch. Bell* ou *de Leroy* (d'Etiolles), suivant qu'on les désigne par leurs usages, leurs formes ou le nom de leur inventeur, sont en gomme élastique, par conséquent flexibles. Formées d'une tige droite de deux à trois millimètres de diamètre environ, suivant le volume de la boule et longues de trente centimètres, elles supportent un renflement de forme olivaire à leur extrémité antérieure. La tige, quoique flexible, doit néanmoins offrir une certaine résistance, l'olive être unie, régulière, et sa partie la plus renflée ne pas présenter une arête trop vive pour ne pas érailler le canal.

Les bougies exploratrices sont graduées suivant la filière charrière. Cette filière se compose de trente numéros ; le plus petit répond à 1/3 de millimètre, le plus gros à un centimètre de diamètre et chaque numéro intermédiaire diffère, en diamètre, du précédent ou du suivant, de 1/3 de millimètre : le n° 1 ayant 1/3 de millimètre, le n° 2 2/3 de millimètre, le numéro 3 un millimètre et ainsi de suite. Pour les trois numéros, il y a donc augmentation d'un millimètre : le n° 6 ayant 2 millimètres, le n° 9 trois, le 12 quatre, en sorte que, pour arriver à un centimètre, il faut dix séries de trois fois un tiers de millimètre, ce qui fait bien trente numéros.

(1) Les figures de cet article m'ont été très obligeamment prêtées par M. Vergne, habile fabricant d'instruments en gomme, rue de Rivoli.

La forme de ces bougies exploratrices est on ne peut mieux appropriée à leur usage, parce que l'olive, dépassant toujours le diamètre de la tige, se trouve *seule* au contact des parois uréthrales. Il en résulte que la main perçoit, pendant son passage au travers l'urèthre, la sensation exacte de ce qui existe dans le point limité occupé par l'olive.

Prenons une bougie à boule n° 19, 20 ou 21, introduisons-la dans un urèthre sain et voyons quelles vont être les sensations du sujet et les nôtres.

Dans la partie qui s'étend du méat au collet du bulbe,



Fig. 15.—Bougie exploratrice. *Fig.* 16.—Autre bougie exploratrice. *Fig.* 17 — Bougies coniques olivaires.

l'opéré ressent à peine un léger picotement; mais, au moment où l'olive franchit ce collet, il accuse une certaine douleur et surtout une envie plus ou moins pressante d'uriner. Quant à l'opérateur, sa bougie chemine sans obstacle jusqu'au fond du bulbe ; là elle éprouve un arrêt de courte durée, causé par le collet du bulbe et communique à la main qui la guide, la sensation d'une sorte de rétrécissement très court produit par la contraction de la portion membraneuse ; puis, après avoir franchi la prostate où elle n'est pas serrée, elle pénètre dans la vessie, ce que la main reconnaît parfaitement, grâce au vide dans lequel elle la sent plonger.

Quand il s'agit d'un écoulement uréthral, la bougie, outre la douleur qu'elle peut provoquer, en passant sur les points enflammés, ramène sur sa base un enduit plus ou moins abondant ou épais dont les caractères physiques et microscopiques surtout fournissent des notions, d'autant plus précieuses, qu'il est relativement facile de savoir quelle région lui a donné naissance. In-

troduisez dans l'urèthre jusqu'aux bourses, une bougie à boule n° 20 environ et retirez-la immédiatement. Si le talon de l'olive revient couvert de pus, c'est qu'évidemment la portion de l'urèthre parcourue par elle en était enduite. Ceci fait, saisissez la racine de la verge, en avant des bourses entre le pouce et l'index gauches de manière à oblitérer l'urèthre et poussez doucement avec la droite, au moyen d'une seringue à injection ordinaire, deux ou trois injections dans le canal, vous aurez parfaitement débarrassé cette partie de ses sécrétions. Introduisez alors de nouveau la même bougie à boule n° 20, après l'avoir bien essuyée et poussez-la jusqu'au collet du bulbe. Si vous ramenez encore du pus sur son talon, la maladie s'étend vers le bulbe; si, au contraire, la boule revient intacte, c'est que la partie libre de l'urèthre est seule affectée.

Pour savoir si la partie située en arrière du collet du bulbe fournit une sécrétion, il suffit de pousser, comme tout à l'heure, dans l'urèthre, deux ou trois injections. Celles-ci, ne dépassent pas le fond du bulbe, lavent toute la portion du canal qui lui est antérieure, en sorte que, si vous introduisez une bougie à boule jusqu'à la vessie, sans y entrer, l'enduit que vous ramènerez sur la base de l'olive ne pourra venir que de la portion de l'urèthre située en arrière du bulbe.

Quant aux rétrécissements, les bougies olivaires donnent sur leur siège, leur étroitesse, leur longueur et leur nombre des notions très exactes. Prenons encore une bougie à boule n° 20 et introduisons-la dans l'urèthre. S'il existe un rétrécissement, cette bougie se trouvera arrêtée par un obstacle qu'elle ne pourra franchir, en sorte que l'opérateur sera obligé de recourir à des bougies de moins en moins volumineuses, jusqu'à ce qu'il en trouve une dont le diamètre réponde à celui du rétrécissement et lui permette de passer au travers.

Pour reconnaître *le siège* du rétrécissement, on cherche, en palpant l'urèthre à l'extérieur, le point où s'est arrêté l'olive la plus volumineuse qui forme un relief, sous la peau, facile à sentir. Sa *longueur* s'obtient en retirant l'olive : la base de celle-ci accrochant l'extrémité postérieure de la stricture, frottant contre ses parois pendant son parcours et redevenant libre quand elle en sort. *Le nombre* des points rétrécis est indiqué par les ressauts de la bougie et *leur diamètre* par celui de la boule.

Les bougies de *thérapeutique*, qu'on peut aussi appeler bougies *dilatatrices* sont de deux sortes: les unes flexibles, les autres rigides. Les bougies flexibles elles-mêmes affectent deux formes différentes; elles sont *coniques olivaires* ou *cylindriques*. Ces deux espèces de bougies sont, d'ailleurs, graduées, comme les bougies exploratrices, sur la filière Charrière. Les bougies coniques olivaires représentent une tige droite terminée en pointe à leur extrémité antérieure, pointe surmontée d'un léger renflement.

Ces bougies servent à dilater l'urèthre; leur structure étant éminemment propre à cet usage. Leur conicité, en effet, leur permet de s'insinuer dans les parties rétrécies et, comme leur pointe est renflée et, par conséquent, mousse, elle ne peut guère s'engager dans les lacunes, les replis ou les valvules des parois de l'urèthre, d'autant moins que la portion de bougie qui supporte le renflement est un peu rétrécie et se plie quand la tête bute et qu'on appuie.

Etant donné un rétrécissement et son calibre reconnu, on prend une bougie conique olivaire correspondant au numéro de la bougie exploratrice qui l'a traversé, on commence avec elle la dilatation et on continue avec des bougies graduellement plus volumineuses.

Les bougies cylindriques, c'est-à-dire d'un diamètre égal dans toute leur longueur, représentent une tige droite. Graduées, comme les précédentes, sur la filière Charrière, elles ne servent guère que pour empêcher la réunion des lèvres du méat incisées ou maintenir écartées les brides sectionnées dans la partie libre de l'urèthre.

Les bougies dilatatrices rigides sont en étain. Inventées par Beniqué, elles sont d'égal diamètre d'un bout à l'autre ; leur moitié externe droite est terminée par une plaque servant de poignée et sur laquelle est gravé leur numéro d'ordre. Leur moitié interne s'unit à angle

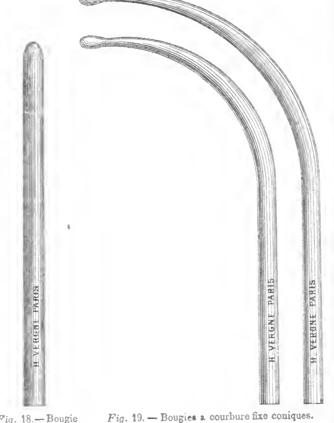


Fig. 18.—Bougie cylindrique. *Fig.* 19. — Bougies à courbure fixe coniques.

à la première et forme le tiers de la circonférence d'un cercle d'environ dix centimètres de diamètre.

Ces bougies sont graduées à 1/6 de millimètre; c'est-à-dire que chacune d'elles prise isolément diffère de celle qui la précède ou la suit de 1/6 de millimètre. D'où il résulte que, pour passer d'un millimètre à un autre, il faudra six bougies, moitié plus que dans la filière Charrière. La filière Béniqué comprendra donc un nombre de bougies double de cette dernière ; 60 au lieu de 30 : son n° 30 répondra au 15 Charrière, son 32 au 16 et ainsi de suite pour les numéros pairs ; les impairs seront intermédiaires.

On fabrique aussi des bougies Béniqué droites qui servent à dilater les rétrécissements de la portion libre de l'urèthre.

Les bougies Béniqué sont très commodes pour plusieurs raisons: leur graduation est extrêmement régulière, quoique très lente, leur forme très bien adaptée à celle de l'urèthre. Leur composition leur assure un poli d'autant plus parfait qu'on s'en est servi davantage;

enfin, leur poids lui-même favorise leur glissement.

Seulement, on le comprend, il ne faut pas faire usage des numéros inférieurs qui sont trop minces et ne résisteraient pas à une pression, même modérée. Du reste, on ne se sert guère des bougies Béniqué qu'une fois l'urèthre dilaté au n° 15 et arrière environ.

On a fabriqué des espèces de bougies mixtes : ce sont des cathéters Béniqué recouverts d'une enveloppe de tissu en gomme élastique; bougies commodes parce qu'elles participent de la rigidité de l'étain et de la douceur du tissu qui les recouvre.

On fabrique aussi des bougies tout entières en gomme élastique, à courbure fixe, cylindrique ou conique, ré-

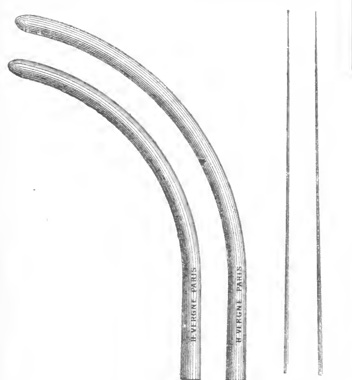


Fig. 20. — Bougies à courbure fixe cylindriques. *Fig.* 21. — Bougies filiformes.

pondant, quant au diamètre de la courbure, à celui des bougies Béniqué, Malheureusement, ces bougies qui ne sont pas assez résistantes, éprouvent de la difficulté à pénétrer dans les rétrécissements durs.

Les bougies coniques olivaires, correspondant aux numéros inférieurs de la filière Charrière, doivent attirer un instant notre attention. Ces bougies, dites *filiformes*, sont les seules pouvant traverser les rétrécissements étroits et encore est-on, pour cela, obligé le plus souvent de donner à leur pointe une forme particulière : en *baïonnette* ou en *tire-bouchon*, ce qui est facile, grâce à leur flexibilité. De cette façon la pointe de la bougie se trouvant rejetée en dehors de l'axe de celle-ci peut enfiler avec plus de facilité la lumière du rétrécissement qui n'est pas ordinairement elle-même au centre du canal.

Pour maintenir la forme donnée à la pointe, feu Curtis de Boston avait conseillé de la tremper dans le collodion et de laisser évaporer un quart d'heure environ. C'est un bon procédé, quand on n'a pas de bougies en *baleine*. Celles-ci dont on a beaucoup médit n'en sont pas moins utiles. On donne à leur pointe la forme qu'on désire en les ramollissant dans l'eau chaude et, une fois refroidies, elles ont, tout en conservant cette forme, une rigidité unie à une finesse qui ne peut être remplacée.

Les bougies filiformes sont quelquefois *armées*, c'est-à-dire munies d'un pas de vis rentrant à leur extrémité externe. Ces bougies sont utiles à la pratique du cathétérisme *sur conducteur* ou *à la suite*.

Pour le cathétérisme sur conducteur, la bougie filiforme est poussée jusqu'à la vessie. Sur le pas de vis qui fait saillie au méat, on visse une tige en maillechort de même diamètre, longue de 30 centimètres et munie d'un pas de vis saillant à l'une de ses extrémités. On a donc un conducteur dont la moitié environ occupe le canal et l'autre le dépasse de toute la longueur de la tige métallique et sur lequel il suffit de faire glisser une sonde à bout coupé pour arriver dans la vessie. Après

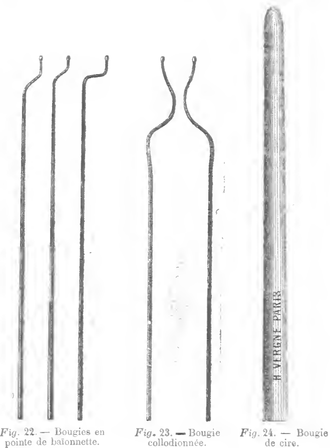


Fig. 22. — Bougies en pointe de baïonnette. *Fig.* 23. — Bougie collodionnée. *Fig.* 24. — Bougie de cire.

l'uréthrotomie interne, la sonde à demeure est introduite de cette façon.

Un fort fil de lin pourrait remplacer la tige de maillechort. Après l'avoir noué solidement sur l'extrémité externe de la bougie filiforme, il suffirait de le passer dans l'intérieur de la sonde coupée à laquelle il servirait de conducteur.

Pour pratiquer le cathétérisme *à la suite*, on introduit dans l'urèthre, comme dans le cas précédent, une bougie filiforme armée sur laquelle on visse une sonde conique dont la pointe se termine par un pas de vis saillant. Il suffit, pour faire arriver cette dernière dans la vessie, de la pousser sur la bougie filiforme qui la guide jusque dans la cavité de l'organe où elle se replie.

Guyon pratique souvent le cathétérisme à la suite avec les bougies Béniqué qu'il visse sur la bougie filiforme conductrice; mais, à son appareil, je préfère de beaucoup celui de M. Le Fort. Ce professeur remplace les Béniqué par des bougies coniques en maillechort dont la pointe est du même diamètre que la bougie conductrice, ce qui facilite beaucoup son introduction, le diamètre de l'ins-

trument allant graduellement croissant d'un bout à l'autre.

Pour combattre l'incontinence d'urine, Guyon électrise la portion membraneuse de l'urèthre au moyen d'une longue bougie fine et flexible dont une extrémité se termine par une olive en cuivre et l'autre par un crochet. Cette bougie, formée par la réunion de plusieurs minces fils de laiton, recouverts de gomme élastique est munie, du côté de l'olive, d'un pas de vis sur lequel on visse une olive proportionnée au diamètre du canal à électriser. On pousse alors cette olive dans la portion membraneuse, on accroche l'autre extrémité au pôle d'un appareil d'induction et on applique l'autre pôle sur le périnée ou on l'introduit dans le rectum.

Pour fixer les bougies filiformes et empêcher leur passage dans la vessie, Le Fort a fait fabriquer une plaquette de cuivre percée d'un œil à chaque extrémité et portant un pas de vis sur une de ses faces. Ce pas de vis s'adapte à celui de la bougie, ce qui s'oppose à son cheminement et à sa disparition dans l'urèthre; aux yeux, on attache les fils qui servent à la fixer.

Il est encore une sorte de bougies qu'on emploie rarement aujourd'hui, mais qui n'en est pas moins utile dans quelques cas. Ce sont les bougies de cire cylindriques et graduées, elles aussi, d'après la filière Charrière; leur introduction passagère et quotidienne dans l'urèthre en calme souvent la sensibilité. De plus, si un calcul est arrêté dans cet organe, elles en prennent l'empreinte quand on en a appuyé la pointe sur lui ce qui peut le faire reconnaître et peuvent même servir à le repousser dans la vessie où les instruments le saisissent plus facilement.

Enfin on se sert quelquefois, pour guérir les vieux écoulements de l'urèthre, de bougies dites *médicamenteuses*. Elles sont faites de gomme et de gélatine dans lesquelles on incorpore de la belladone, de l'opium, du sulfate de zinc, du tannin ou tout autre médicament préféré. Trempées dans l'eau pendant quelques secondes, ces bougies sont ensuite introduites dans le canal où on les laisse fondre; ce qui demande deux heures environ.

TOXICOLOGIE

Empoisonnement par l'acide phénique résultant de méprise (48 grammes d'acide phénique). Mort en dix minutes. — Autopsie;

Par M. le Dr **Albert Josias**, ancien chef de clinique de la Faculté (1).

Le nommé P. Léonard, âgé de 32 ans, détenu à la prison de la Santé, entre à l'infirmerie centrale des prisons le 3 janvier 1885, à six heures du soir, et succombe quelques minutes après.

Cet homme avale, par mégarde, une certaine quantité de solution concentrée d'acide phénique dans de l'alcool. Il avait cru boire de l'eau-de-vie. Ayant entendu du bruit et se croyant surpris, il s'était hâté d'avaler ce liquide caustique, de telle sorte qu'il avait profondément introduit dans sa bouche le goulot de la bouteille. D'après l'enquête à laquelle nous nous sommes livré, il semblerait que P... ait avalé 60 grammes environ de la solution concentrée d'acide phénique dans de l'alcool; or, cette solution est au 4/5°, autrement dit 100 volumes de cette solution renferment 80 grammes d'acide phénique. Il en résulte que P... a avalé, au minimum, 48 grammes d'acide phénique. A peine avait-il commis son imprudence, que P... jette un cri déchirant, fait quelques pas, gravit 20 à 25 marches d'un escalier et tombe sans connaissance.

M. Lannes, interne de garde, le trouve alors dans l'état suivant : Faciès pâle, tiré; yeux excavés. Une forte odeur d'acide phénique s'exhale de la bouche. Les extrémités sont refroidies et le corps est recouvert d'une sueur abondante, profuse. La respiration est stertoreuse, de plus en plus ralentie. Le pouls est imperceptible. Le malade reste dans le coma absolu, et ne tarde pas à succomber, sans vomissements, sans convulsions.

En somme, dix minutes ne se seraient pas écoulées entre le moment où P... a avalé le liquide toxique et le moment où il a succombé.

Autopsie pratiquée le 5 janvier à 10 heures du matin, c'est-à-dire 40 heures après la mort. — Rigidité cadavérique. Sur la lèvre inférieure, au-dessous des commissures labiales, existent deux brûlures en placard. A ce niveau, la peau est sèche, parcheminée, rugueuse au toucher, mais non fissurée. Quelques brûlures, limitées, sur le bord libre de la lèvre inférieure. Sur le corps, çà et là, quelques marbrures, quelques lividités cadavériques. Les muscles sont d'un rouge vif; le sang est noir.

A l'ouverture de la cavité abdominale, le bord antérieur du lobe gauche du foie, sur une étendue de 1 centimètre et demi, présente une coloration blanc nacré, qu'on rencontre plus manifeste au fur et à mesure qu'on approche du diaphragme. Ce bord est dur, cartonné. L'estomac, notablement dilaté, donne au toucher une sensation de résistance, de dureté, qui rappelle celle que présentent les viscères conservés dans l'alcool. Il n'existe aucune perforation. Toute la portion du diaphragme qui recouvre l'estomac est décolorée, blanchâtre; cette teinte contraste avec la coloration rouge vif des autres parties du diaphragme. Il est évident que toutes ces nuances de coloration et toutes ces altérations macroscopiques doivent être attribuées à l'action prolongée de l'alcool et de l'acide phénique. Vers la partie postérieure du tiers moyen de l'œsophage, on constate une infiltration hémorrhagique qui occupe le tissu cellulaire de la région. Le contenu de l'estomac est constitué par une matière pulpeuse, grisâtre, qui répand une forte odeur d'acide phénique.

Bouche. Aucune ulcération sur la muqueuse qui tapisse les lèvres, les joues, les gencives, la moitié antérieure de la langue. La moitié postérieure de la *langue* présente une coloration grisâtre. Cette coloration, résultant de l'action de l'acide phénique sur les tissus, se retrouve sur quelques papilles situées en avant du V lingual, sur les replis glosso-épiglottiques et aryténo-épiglottiques, sur les amygdales, sur l'épiglotte, sur la partie antérieure des cordes vocales inférieures, sur toute la muqueuse laryngée, sur quelques points de la muqueuse de la trachée et de sa bifurcation.

Œsophage. Les parois œsophagiennes sont épaissies; leur section nécessite un certain effort. Toute la muqueuse de ce conduit est d'un gris argenté, brillant. Cet aspect est uniforme.

Estomac. Après un lavage prolongé, la muqueuse stomacale apparaît grisâtre, chagrinée, légèrement violacée en certains endroits. Il existe une portion de cette muqueuse, comprise entre la petite courbure et l'orifice pylorique, qui ne semble nullement altérée.

Duodénum. Toute la muqueuse duodénale est parsemée de plaques grisâtres, d'un gris terne. Ces plaques se rencontrent et sur les valvules conniventes, et dans les espaces qui les séparent.

Jéjunum, La muqueuse du jéjunum présente çà et là des altérations semblables à celles que nous venons de relater. A 60 centimètres environ de l'orifice pylorique, la muqueuse se révèle normale.

Foie. Presque toute la face inférieure du lobe gauche est dure, consistante, légèrement cartonnée, d'une coloration jaune café au lait; cette coloration contraste avec la teinte rouge vif des autres parties de cet organe.

Cœur gras. Le muscle est décoloré, couleur feuille

(1) Communication faite à la *Société anatomique* le 9 janvier 1885.

morte. Le ventricule gauche est en systole. L'aorte est légèrement athéromateuse. Toutes les valvules sont normales.

Reins très congestionnés. — *Rate* volumineuse, friable.

Muscles. Tous les muscles sont d'un rouge vif, à l'exception du diaphragme. Ce muscle est, en effet, décoloré, macéré en quelque sorte, dans les points qui répondent à l'estomac et au lobe gauche du foie.

Urine recueillie sur le cadavre. Peu abondante (100 grammes environ) La chaleur et l'acide nitrique décèlent la présence d'une notable quantité d'albumine. Absence de sucre. Aucune odeur d'acide phénique.

Sang pris dans la veine cave inférieure. Ce sang, fluide, noir, se coagule et devient rouge lorsqu'il reste exposé au contact de l'air. L'*examen microscopique* permet de constater que les globules sanguins sont peu décolorés, séparés, mais pressés les uns contre les autres. Bien que nos préparations nous aient permis de remarquer que la presque totalité des globules rouges ne soit pas empilée, nous avons néanmoins trouvé quelques endroits où les globules sanguins sont réunis en pile. En aucun point, nous n'avons découvert de granulations graisseuses.

Réflexions. — Cette observation est assurément curieuse à plusieurs titres. Il est rare, malgré l'emploi quotidien de l'acide phénique, d'avoir à enregistrer un cas d'empoisonnement, soit par méprise, soit par suicide, soit même par tentative criminelle. Dans l'espèce, il s'agit ici d'un empoisonnement, résultant d'une méprise. A cet égard, le moindre doute ne saurait subsister, étant donnés les commémoratifs que nous avons rapportés au début de notre communication. Depuis quelques années, plusieurs auteurs ont signalé des faits d'intoxication par l'acide phénique, survenue dans des circonstances dissemblables. Ici, il est question de l'ingestion de 1 gramme d'acide phénique (cas de Weiss), là d'une injection phéniquée à 5 0/0 dans un abcès du foie (cas d'Ozenne). Récemment, à l'hôpital Tenon, un cas d'intoxication mortelle se produisit à l'occasion d'un lavement avec une solution forte d'acide phénique. Quoi qu'il en soit, nous savons depuis fort longtemps que l'acide phénique est un poison dangereux à manier, et qu'il importe de le prescrire à doses minimes, si on ne veut pas s'exposer à des mécomptes. Tout le monde est d'accord pour proclamer que l'acide phénique, à la dose de 15, 20, 30 grammes, est un toxique des plus puissants. Dans notre cas, la dose de 48 grammes a occasionné une mort foudroyante. Dans le *Précis de toxicologie* de Chapuis, nous trouvons que le nombre des empoisonnements par l'acide phénique est très restreint. Il n'existerait, en effet, que dix empoisonnements résultant de méprises et trois de suicides. Un seul exemple d'empoisonnement criminel a été rapporté par Schérer.

Distribution des prix *aux élèves internes en pharmacie des hôpitaux et hospices civils de Paris et proclamation des noms des élèves nommés internes à la suite du concours ouvert en* 1885, *pour entrer en fonctions le* 1er *avril* 1885. — La séance de distribution des prix aux élèves internes en pharmacie des hôpitaux et hospices civils, qui ont concouru en 1885, aura lieu le samedi 28 mars 1885, à deux heures, dans l'Amphithéâtre de l'Administration, avenue Victoria, n° 3.

Dans cette même séance seront rendues publiques les nominations des Elèves internes admis à la suite du concours de 1885.

Avis essentiel.—MM. les Elèves actuellement en fonctions et ceux qui ont été nommés à la suite du dernier concours sont prévenus qu'il sera procédé, dans les formes ordinaires, à leur classement et à leur répartition dans les établissements de l'Administration pour l'année 1885-1886. En conséquence, MM. les Elèves internes en pharmacie devront retirer eux-mêmes leur carte de placement, sans laquelle ils ne seraient pas admis dans les établissements.

Ces cartes seront délivrées : à MM. les internes de 2e, 3e et 4e années, le vendredi 27 mars, à une heure et demie, dans l'Amphithéatre de l'Administration centrale, avenue Victoria, n° 3. A MM. les internes de 1re année, le samedi 29 mars, à onze heures, dans le même Amphithéâtre.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Sur la mortalité des enfants du premier âge.

L'Académie de médecine vient de consacrer de nombreuses séances à la discussion d'un des problèmes sociaux les plus graves qui puissent intéresser les médecins, les économistes, les hommes d'Etat.

Tous les orateurs qui ont pris part à ce grand débat (1) se sont appliqués à mettre en relief les fâcheuses conséquences du faible accroissement de la population française (2,42 (2) pour 1000 par an), en regard de l'accroissement rapide de nos puissants voisins, l'Allemagne (10 pour 1000) et l'Angleterre (13 pour 1000).

Si nous ne voulons pas disparaitre au milieu des conflits qui se préparent, s'est écrié M. Rochard, il faut que nous soyons prêts, a l'heure du péril, a jeter un million d'hommes a la frontière, et pour cela il ne faut pas laisser se tarir le sang français.

Ce savant, qui est aussi, comme on le voit, un homme de cœur et un patriote, montre que la France, qui occupait jadis en Europe le second rang par le chiffre de sa population, est tombée aujourd'hui au quatrième rang.

Il y a deux siècles, elle constituait le tiers de la population Européenne, elle n'en représente plus actuellement que le dixième. Dans 50 ans, si cela continue, elle n'en formera plus que le quinzième et tombera au septième rang parmi les petits Etats qui ne comptent plus (3).

Nous laisserons à d'autres le soin d'envisager les faces multiples de cette question complexe et d'en tirer les déductions politiques et sociales qu'elle comporte. Nous ne chercherons pas à savoir pourquoi la natalité s'abaisse en France dans certaines classes de la société et dans certains départements. Nous ne saurions apprécier l'influence de la *contrainte morale* et d'autres causes nombreuses dont l'étude pourrait enfanter des volumes.

Nous voulons simplement effleurer un des facteurs de cette dépopulation de la France, le moindre sans doute au point de vue numérique, le plus important à coup sûr au point de vue philanthropique. On peut discuter longuement et diversement sur les causes et les effets de la natalité restreinte qui caractérise notre nation. Mais tous les médecins sont unanimes, y compris M. Lefort et M. Hardy, à déplorer la mortalité excessive des enfants en bas âge. Dans l'état actuel de nos mœurs et de nos habitudes sociales, nous ne pouvons prétendre à la fécondité des races Germaniques et Anglo-Saxonnes (4).

Si donc nous sommes pauvres, si nous persistons à faire moins d'enfants que nos voisins, alors soyons plus économes et plus conservateurs de la vie des nourrissons que l'ignorance, l'incurie, la misère font périr en si grand nombre.

(1) Il faut en excepter M. Lefort, qui n'a pas caché son optimisme et M. Hardy qui s'est proclamé malthusien.

(2) Le chiffre s'abaisse à 1,65 si l'on néglige l'immigration pour ne tenir compte que de l'excédent des naissances sur les décès.

(3) *Acad. de méd.*, 27 janvier 1885.

(4) On dirait que l'Angleterre tout entière a inspiré ce passage de Goldsmith dans le curé de Wakefield : « I was ever of opinion that the honest man, who married and brought up a large family, did more service than he who continued single and talked only of population ».

Si l'on en croit le regretté Dr Bertillon, la mortalité des enfants en bas âge n'a cessé de s'accroître depuis le règne de Louis-Philippe : en 1840-49, sur 1000 naissances, il y avait 160 décès annuels de 0 à 1 an ; en 1850-59, ce chiffre s'élève à 172 ; en 1860-69, il atteint 175 ; en 1070-75, il est de 178. Ce démographe habile avait également bien constaté que la mortalité des nourrissons, faible dans les départements du centre, qui ne connaissent guère que l'allaitement maternel, atteignait un taux formidable dans tous les départements à industrie nourricière. Il en avait conclu qu'il y avait à sauver en France 40 à 50,000 enfants par an. M. J. Bergeron porte ce chiffre à 120,000 (1), M. Rochard à 130,000 (2).

Quoi de plus émouvant que ces chiffres ? Comment, c'est par dizaines de mille que se comptent les enfants que la société française laisse mourir quand elle pourrait les sauver ! Nous allons passer en revue les principales causes de cette effroyable mortalité des enfants de 0 à 1 an ; quand nous aurons établi le bilan de nos pertes, nous nous efforcerons d'indiquer les remèdes propres à atténuer ou à supprimer le mal.

Il y a longtemps déjà que le Dr Bertillon avait signalé l'influence meurtrière des unions illégitimes ; nous commencerons par l'étude de cette cause de mortalité pour exposer ensuite l'influence de l'allaitement mercenaire, de l'allaitement artificiel, de la syphilis, etc.

Mortalité des enfants illégitimes de 0 à 1 an. — Tandis que 1,000 naissances légitimes donnent en moyenne 175 décès de 0 à 1 an, 1,000 naissances illégitimes en donnent 337, c'est-à-dire près du double. Arrêtons-nous un instant sur cette grande cause de mortalité : si le nombre des naissances illégitimes était faible, négligeable, comme il l'est à Londres où il s'abaisse à 5 pour 100 (Lefort), nous ne serions pas trop effrayé par la proportion que nous a indiquée Bertillon.

Mais on va juger par un simple chiffre de la légitimité de nos alarmes : dans le seul département de la Seine, il y a eu, en 1882, 18,136 naissances illégitimes pour 59,077 légitimes. Si les chiffres du Dr Bertillon sont exacts, il a dû mourir de 0 à 1 an un peu plus de 6,100 enfants (3,000 de trop) sur les 18,136 illégitimes et 10,330 sur les 59,077 légitimes ; c'est-à-dire que le seul *facteur illégitimité* tue dans le département de la Seine près de 3,000 enfants nés vivants et viables avant qu'ils aient atteint l'âge d'un an (3).

Si, pour nous rendre compte des ravages que les unions illégitimes font dans la population parisienne, nous ajoutons à cet excédent de 3,000, décès la proportion des mort-nés (5,170 à Paris, en 1882) qui est presque double dans le cas d'illégitimité ; si nous supputons les chiffres incalculables d'avortements provoqués qui doivent être mis sur le compte des unions illégitimes ; si nous ajoutons enfin que ces unions sont volontairement stériles, nous aurons donné une idée des conséquences démographiques qu'entraine à Paris (4) la proportion excessive des unions illégitimes.

Les naissances illégitimes donnent une mortalité plus élevée à la campagne qu'à la ville (Bertillon) ; ce fait, en apparence paradoxal, peut être attribué aux préjugés provinciaux qui rendent la fille-mère un objet d'horreur et de dégoût. Ces préjugés, qu'on ne saurait trop blâmer, ont donc leur part dans la mortalité des enfants illégitimes ; mais la misère a une part bien plus grande. N'est-ce pas la misère, encore plus que la honte, qui conseille à la fille-mère de faire disparaître un enfant qui lui est à charge et l'empêche de gagner sa vie ? D'après la plupart des statistiques, la mortalité des enfants de 0 à un an serait dans les classes aisées, par rapport aux classes pauvres, comme 3 est à 8.

En 1882, sur 3,900 accouchements dans les hôpitaux de Paris, nous relevons 2,950 filles-mères, 862 femmes mariées et 88 veuves. Voilà donc 2,950 malheureuses, pour la plupart sans ressources et abandonnées par leurs séducteurs, qui vont se trouver sur le *pavé* de Paris avec un enfant à nourrir. La mère cherchera du travail ; elle confiera son enfant à une garde ou à une nourrice et la mort ne tardera pas à la débarrasser d'un fardeau trop lourd pour elle si la charité puhlique ou privée ne vient l'alléger. Disons maintenant quelques mots de la mortalité des enfants envoyés en nourrice.

Mortalité des enfants mis en nourrice. — La mortalité effroyable des enfants envoyés en nourrice dans les départements a été dévoilée, en octobre 1865, à l'Académie de médecine par le Dr Monot de Montsauche ; quand l'Académie apprit que la mortalité des enfants de 0 à 1 an s'élevait à 90 p. 100 dans certains départements, que sur les 20,000 nourrissons que Paris envoie annuellement en province, 15,000 ou 75 p. 100 meurent dans la première année (1), l'émotion fut profonde et la question fut mise à l'ordre du jour des séances.

Un journaliste de grand talent, M. de Castelnau, fit paraitre à ce sujet deux remarquables articles dans la *Réforme médicale* (2). Il s'élevait contre les mères qui, sous prétexte de santé, mais presque toujours en réalité par égoïsme, par coquetterie, par attrait du plaisir, manquent au devoir le plus sacré de la femme qui est d'allaiter son enfant. Il blâmait les médecins qui, par une *lâche condescendance*, et cela souvent pour ne pas perdre les bonnes grâces de leurs clientes, approuvent ou conseillent l'envoi en nourrice. L'extension considérable qu'a prise l'industrie nourricière est donc une plaie, et le rôle qu'elle joue dans la mortalité des enfants doit être mis au premier rang. En 1882, 16,087 enfants ont été envoyés en nourrice hors de Paris, c'est-à-dire loin des parents qui ne peuvent les surveiller ni leur donner les soins nécessaires à leur âge (3). Non seulement une mortalité excessive frappe ces petits parisiens confiés à des nourrices mercenaires, mais encore les enfants de ces nourrices mis en garde ou allaités artificiellement, paient un large tribut à cette mortalité.

(1) *Congrès d'hygiène de Paris*, 1878.
(2) *Acad. de méd.*, 3 mars 1885.
(3) Que de crimes, que d'infanticides ne dénonce pas cette statistique !
(4) Le chiffre des mort-nés, de 32,57 pour 1000 naissances en 1840, s'élève à 44,70 en 1881. (Lunier. — *Acad. de méd.*, 3 février 1885).

(1) J. Bergeron. — *Congrès d'hygiène*, Paris, 1878.
(2) La *Réforme médicale*, 27 janvier 1867.
(3) En 1883, le nombre des enfants mis en nourrice est de 20,071 dont, 18,085 hors du département de la Seine et 1,986 dans ce département (chiffre gracieusement communiqué par M. le Dr Jacques Bertillon).

Les familles riches ou même aisées de Paris tiennent, avec raison, à ne pas se séparer de leurs enfants et à surveiller de près les nourrices qu'elles ont choisies. Les enfants de ces classes fortunées courent donc peu de risques ; mais les fils que ces nourrices mercenaires ont laissé derrière elles *au pays* sont voués à une mort presque certaine. Les dames françaises devraient bien songer à ces innocentes victimes avant de renoncer, avec la complaisance ou la complicité de leur médecin, à allaiter leurs propres enfants.

Si la haute société parisienne n'a pas à déplorer un excès de mortalité de ses nourrissons, il n'en est pas de même de la petite bourgeoisie et du petit commerce. Les boutiquiers qui veulent, avant tout, faire honneur à leurs affaires, ont besoin du concours dévoué et assidu de leurs femmes ; la femme n'a pas le temps d'être mère ou du moins d'accomplir tous les devoirs de la maternité ; le comptoir exige sa présence constante. L'enfant qui est une gêne, sera donc envoyé en nourrice ou même allaité artificiellement. Nous avons connu, dans le quartier Saint-Georges, une commerçante qui accouchait régulièrement tous les ans et qui, régulièrement aussi, se débarrassait au plus vite du soin d'allaiter ses enfants. Sur six enfants, quatre sont morts athrepsiques et les deux autres lui ont été rendus rachitiques et scrofuleux. Il est vrai de dire que l'heureux couple, qui prenait si peu de souci de sa progéniture, faisait, en revanche, d'excellentes affaires et, aujourd'hui, la maigre boutique de détail s'est transformée en une solide maison de gros.

Il est difficile de fournir des chiffres exacts et complets sur la mortalité des enfants mis en nourrice et des enfants des nourrices. Les éléments de la statistique font presque entièrement défaut en province; la mortalité parisienne seule peut être appréciée numériquement. Mais il est bon de faire observer que partout où la loi Roussel a été mise en vigueur, la mortalité des enfants confiés à des gardes ou à des nourrices mercenaires s'est abaissée notablement (1). Nous reviendrons plus loin sur l'application de cette loi bienfaisante. Nous étudierons dans le prochain n° les effets désastreux de l'allaitement artificiel et de l'alimentation prématurée des nourrissons.

Dr J. Comby.

Faculté de médecine. — Ouverture des cours du semestre d'été : MM. Baillon, Brouardel, Damaschino, Hayem, Regnault, Gariel, Reynier, Rendu.

L'enseignement de l'histoire naturelle est divisé à la Faculté entre M. le professeur Baillon qui se charge de la botanique et M. R. Blanchard qui fait l'histoire des groupes zoologiques. M. Baillon a ouvert son cours mercredi 25 mars, à onze heures, dans le Grand Amphithéâtre : il a en effet renoncé depuis deux ans à l'hospitalité que lui offrait le Muséum. Les leçons de cette année auront pour objet l'étude des cryptogames. M. Baillon annonce qu'il a fait paraître un Traité de botanique médicale comprenant la description des familles phanérogames. Avec le livre et le cours, les élèves seront donc préparés complètement à leur premier examen de doctorat. Ce n'est pourtant pas ce résultat que recherche M. le professeur Baillon ; il veut au contraire que la préoccupation de l'examen n'intéresse l'étudiant que d'une façon tout à fait secondaire ; il demande en même temps qu'au sortir des lycées les élèves aient des notions plus précises et plus générales de l'histoire naturelle. Ce dernier point nous parait en effet des plus importants ; la question est du reste à l'étude au Conseil supérieur de l'instruction publique et elle est sérieusement discutée dans la presse scientifique.

M. Baillon commence la description des végétaux inférieurs : il examine l'être vivant le plus simple, le protoblaste, et il montre qu'il est impossible de dire si c'est un animal ou une plante. Puis il fait l'histoire chimique et physiologique du protoplasma ; quant à l'origine de celui-ci, quant aux sources de la vie, M. Baillon déclare qu'il n'en parlera pas. S'il trouve ridicule que le théologien donne ses idées sur l'histoire naturelle, il trouve puéril que le naturaliste s'embarrasse dans des hypothèses théologiques ou métaphysiques. Le portrait de M. Baillon n'est plus à faire. Peu de professeurs possèdent la clarté de son débit et la lucidité de son exposition : la voix est dédaigneuse, le geste est souvent ironique, mais la phrase est toujours précise et l'expression toujours appropriée. Les leçons de M. Baillon sont nourries de faits et débarrassées des théories ; c'est pourquoi, à côté des élèves de la Faculté, nous reconnaissons sur les bancs beaucoup de botanistes des autres écoles.

M. le professeur Brouardel a repris son cours de médecine légale, le 23 mars, dans le grand amphithéâtre de la Faculté. Dès son entrée, M. Brouardel a été salué par de nombreux et chaleureux applaudissements qui témoignent combien son enseignement original est goûté et combien ses réformes sont appréciées. En présence d'une semblable ovation, M. Brouardel exprime ses remerciements à son sympathique auditoire et lui déclare qu'il ne se reconnaît que deux juges naturels, ses collègues de la Faculté et ses élèves. Et, par cela même que leur concours ne lui a jamais fait défaut, il estime qu'il est dans la bonne voie. Arrivant immédiatement à l'objet de son cours, M. Brouardel annonce qu'il se propose d'étudier cette année l'asphyxie par pendaison, par strangulation, par suffocation et par submersion, en un mot, l'asphyxie dans ses rapports étroits avec la médecine légale.

S'il est difficile de définir l'asphyxie, nous savons que la vie reste subordonnée au contact de l'air pur avec le globule sanguin dans le poumon. Aussi, après avoir passé en revue l'asphyxie qu'on détermine expérimentalement chez les animaux et l'asphyxie à laquelle on assiste chez les malades atteints de maladies infectieuses ou autres, M. Brouardel insiste sur ce fait que les accidents asphyxiques ne se révèlent pas toujours les mêmes, mais varient suivant les individus, les sexes, les professions.... Quoi qu'il en soit, M. Brouardel divise les asphyxies en deux grands groupes : dans le premier, l'air cesse d'être normal, et on a affaire à un air vicié, susceptible de ne pas parvenir jusqu'aux globules; dans le deuxième groupe, l'air reste normal. mais le sang n'est plus capable d'absorber l'oxygène.

M. Brouardel base toutes ses assertions sur une série d'exemples qu'il emprunte soit à la clinique, soit à la médecine légale. Ce parallélisme des faits théoriques et des faits pratiques a un double attrait, celui d'instruire et celui d'intéresser.

Nous n'hésitons pas à dire que le cours de M. Damaschino sur les *maladies de la moelle et des nerfs* marquera le dé-

(1) D'après M. Lunier, l'application générale de cette loi nous conserverait 80,000 enfants par an. (*Acad. de méd.*, 3 février 1885.)

but d'une véritable révolution dans les cours *ex cathedra* professés jusqu'alors à l'École de médecine. Le professeur a en effet compris qu'à la leçon de faits il fallait adjoindre la leçon de choses, et c'est en faisant défiler devant les yeux de l'auditoire compact qui se pressait dans le grand amphithéâtre une série presque ininterrompue de projections micrographiques, qu'il a démontré irréfutablement, qu'aujourd'hui, il était indispensable de s'aider pour la démonstration de tous les moyens mis par les récentes acquisitions de la science à notre disposition. Aussi bien, l'emploi des schémas, qui constituait un véritable progrès, doit-il désormais, comme l'ont fait voir des maitres illustres parmi lesquels M. Charcot tient la première place, servir de complément, faciliter l'interprétation des pièces anatomiques qui seules répondent à la réalité des faits. Il est vrai que ce procédé de démonstration exige de la part du professeur une habileté micrographique consommée, et, pour la préparation d'un cours qui ne comprend pas moins de trois leçons par semaine, la pratique la plus constante et la plus assidue du laboratoire. A ce point de vue, M. Damaschino n'en était plus à faire ses preuves. Ses découvertes anatomo-pathologiques si importantes dans la nosographie du système nerveux, et l'emploi des procédés de technique dont il a enrichi la science, avaient depuis longtemps consacré un enseignement qui, commencé à l'hôpital Laënnec, se poursuit aujourd'hui avec un nouveau succès sur les bancs de l'École. C'est grâce au concours de M. le doyen que le professeur a pu, dans sa première leçon, exposer *de visu* aux élèves, l'anatomie de la moelle, sa constitution d'ensemble, ses détails de structure les plus fins et les plus indispensables. Combien l'interprétation des préparations pathologiques qui seront ultérieurement présentées ne s'en trouvera-t-elle pas éclairée!

Les faits que nous venons d'exposer se passent de commentaires : ce que nous craignons, c'est que, comme dans cette première leçon, le grand amphithéâtre ne soit insuffisant pour contenir les élèves qui se montrent si désireux de suivre ces *cours complets* où s'allient avec un égal succès la théorie et la démonstration pratique.

M. Hayem a commencé son cours de thérapeutique devant un auditoire assez nombreux. Dans sa première leçon le professeur a présenté des considérations générales sur la thérapeutique, qu'il définit : la science des indications et l'art de les remplir. Les indications sont tirées principalement de la pathogénie. M. Hayem, partisan des idées microbiennes, admet deux principales classes de maladies : Les *maladies microbiennes* et les *maladies personnelles* ou de la nutrition, auxquelles correspondent deux grands groupes de médicaments : Les *antimicrobiens* et les *modificateurs de la nutrition*. Les leçons seront consacrées cette année à l'étude de ces derniers.

Le professeur croit que les antimicrobiens ne peuvent guère être utilisés dans le traitement des maladies infectieuses, à cause des doses auxquelles il faudrait alors les donner pour agir efficacement contre les microbes : si les chirurgiens ont obtenu des résultats si merveilleux, c'est que l'action antiseptique se produit avant leur entrée dans l'organisme. Les antimicrobiens auraient surtout une grande importance dans la prophylaxie des maladies. — Les antiseptiques connus ne peuvent en effet être donnés à dose suffisante dans un grand nombre d'affections, mais il n'en est pas toujours ainsi (salicylate de soude dans le rhumatisme articulaire aigu, etc.) ; et leur administration est en tous cas utile même à dose faible, car ils agissent tout au moins comme modificateurs du terrain ; aussi, avons-nous été étonné d'entendre dire par un partisan de la théorie microbienne que : « la découverte du bacille de la tuberculose n'a pas fait faire un pas à la thérapeutique de cette maladie. »

M. Hayem a glorifié la Faculté de médecine de Paris qui tient la tête du mouvement scientifique actuel, etc. Ces éloges, c'est moins aux professeurs qu'aux élèves, aux médecins français et étrangers qu'il appartient de les faire. En ce qui concerne les doctrines parasitaires, par exemple, elles étaient depuis longtemps admises et enseignées à l'étranger, surtout en Allemagne, alors qu'il n'en était pas question et que la plupart de nos professeurs, si fervents enthousiastes aujourd'hui des mêmes théories, ne les jugeaient même pas dignes de discussion. A part ces quelques critiques de détail, nous pensons que les élèves ont tout intérêt à suivre assidûment les leçons de M. Hayem.

M. Le professeur Regnault a commencé son cours le 21 mars dans le petit amphithéâtre de la Faculté. Plus de 200 élèves remplissaient la salle pour suivre ce cours que le professeur a annoncé devoir être essentiellement pratique. Tenant compte de l'observation que nous avions présentée l'année dernière, il a fait part à son auditoire de la résolution qu'il avait prise de faire TOUTE la pharmacologie dans le cours de cette année. On peut, a-t-il ajouté, étudier en un semestre *tout* ce qui est nécessaire à un médecin. Nous engageons donc les commençants à suivre ce cours qui sera fait essentiellement pour eux, comme le professeur l'a annoncé.

Il aura soin, à cet effet, de rappeler les notions élémentaires trop négligées, de montrer qu'il existe une chimie médicale, c'est-à-dire une application de la chimie à la thérapeutique, que l'on ait affaire à la chimie minérale ou à la chimie organique.

Abordant alors son sujet, il donne le nom de médicament à toute substance prescrite, choisie et préparée dans le but de satisfaire à une indication thérapeutique. La pharmacologie qui fait le sujet du cours, emprunte à la chimie, à la pharmacographie ou description des drogues, à la pharmacothérapie ou connaissance des propriétés des doses, etc., dans ce que ces sciences peuvent servir pour arriver à ce résultat final, l'ordonnance du médecin. Jetant un coup d'œil sur les moyens d'administration des médicaments et les formes qu'ils doivent revêtir, le professeur cite la méthode par ingestion ou gastro-intestinale dans laquelle les médicaments doivent prendre la forme de poudres ou de solutions ; la méthode par inhalation qui date surtout de 1846, lors de la découverte de l'anesthésie, dans laquelle les médicaments prennent la forme de gaz ou de vapeurs, ou liquides, sont amenés à l'état de véritable poussière et prend le nom de pulvérisation ; la méthode épidermique, etc.

Le professeur terminera les généralités dans la prochaine leçon et abordera ensuite l'étude de l'*alcool* au point de vue pharmacologique.

Cette année, *comme les précédentes*, M. Gariel, professeur agrégé, a commencé le 24 le cours complémentaire de physique à la Faculté. Dans le semestre d'été le professeur passe en revue les instruments d'optique, l'électricité, le magnétisme, les propriétés du corps. La première leçon a été consacrée à la réfraction dans l'œil. L'affluence des étudiants à ce cours, montre l'importance qu'ils y attachent et le rôle que remplit depuis longtemps, à la Faculté, M. Gariel dans la chaire de physique, dont il est le véritable professeur, quoique n'en étant pas le titulaire.

Depuis bientôt six ans, le titulaire de la chaire de physique ne fait pas son cours, ou s'il paraît sur l'affiche, ce

cours a un nombre de leçons tellement restreint, qu'il a dû lui-même demander le maintien à titre perpétuel de M. Gariel agrégé, dont le temps d'agrégation est expiré depuis longtemps.

Ce maintien à titre perpétuel de M. Gariel comme agrégé lèse dans leur droit les agrégés en exercice. C'est ainsi que M. Gay, ancien agrégé de physique, nommé il y a six ans, a terminé son temps d'agrégation à la Faculté, sans avoir été chargé *une seule fois* du cours complémentaire. M. Gariel, en effet, ayant toujours fait *sous le nom dissimulé de cours complémentaire* le véritable cours de physique, l'agrégé en exercice n'a jamais pu en être chargé. Une solution s'impose, c'est de nommer M. Gariel professeur, et alors, chaque année, un agrégé fera le cours complémentaire.

Depuis plusieurs années déjà, M. le professeur Béclard se fait suppléer par un agrégé. Cette année, c'est le tour de M. le Dr Reynier. Il a ouvert le cours lundi 23 mars, à cinq heures, dans le grand amphithéâtre. Le nouvel agrégé a déclaré tout d'abord qu'il était ému, très ému ; la charge de succéder à tant de maîtres éminents lui a, dit-il, paru très lourde. Nous comprenons, en effet, les hésitations de l'honorable chirurgien appelé à un enseignement pour lequel ses travaux personnels ne le semblaient guère désigné. Ajoutons cependant que M. Reynier s'est tiré avec beaucoup d'aisance de cette situation difficile; il a su se concilier de nombreuses sympathies par les marques de bienveillance qu'il a prodiguées aux élèves; il a annoncé qu'après chaque leçon il serait très heureux de fournir des explications sur les points qui pourraient paraître obscurs. Puis son cours sera, dit-il, dégagé de toute érudition factice et encombrante; les faits scientifiques incontestés seuls seront exposés et développés ; l'enseignement de la Faculté de médecine ne saurait se prêter aux discussions byzantines.

Voilà, certes, de bonnes paroles que nous sommes heureux d'applaudir. Malheureusement, M. Reynier donne aussitôt un démenti à sa profession de foi. En effet, à l'occasion de l'étude de la circulation qu'il se propose de faire cette année, il expose avec de longs commentaires la vie des prédécesseurs de Harvey. Le professeur qui, tout à l'heure, dédaignait avec tant d'ironie l'érudition factice, alors qu'il s'agissait de physiologie, se livre maintenant à une véritable critique historique et bibliographique. Il s'arrête sur les moindres actes de la vie de Michel Servet; il raconte les luttes de ce théologien avec Rome et avec Calvin; il épluche minutieusement les ouvrages qui restent de cet auteur. C'est là, il nous semble, de la véritable érudition byzantine; elle trouverait plutôt sa place dans le cours d'histoire de la médecine, car pendant la longue énumération de ces détails bibliographiques, les phases de la découverte de la circulation sont trop reléguées au second plan.

Nous devons toutefois reconnaître que M. Reynier possède de sérieuses qualités de professeur ; la voix est claire et bien timbrée, les périodes sont simples et soigneusement coupées. Tant que les programmes de l'agrégation écarteront du concours les physiologistes de profession, nous ne pourrons pas exiger à la Faculté un enseignement tel que nous le concevons. Mais il est de notre devoir de rendre justice aux efforts de M. Reynier : nous le félicitons de s'être chargé d'une tâche qui, pour beaucoup d'autres, aurait paru très pénible. Les nombreux applaudissements de la première leçon sont d'un bon augure; ils témoignent des sympathies que le suppléant de M. Béclard a su acquérir dans son nouvel auditoire.

Samedi 21 mars, M. Rendu a commencé son cours de pathologie interne dans le grand amphithéâtre de la Faculté. Dans sa première leçon, M. Rendu prévient ses auditeurs qu'il y aura une notable différence entre ce cours et celui qu'il a fait précédemment. On pouvait alors choisir son sujet, circonscrire son programme, apporter le résultat de recherches personnelles. Actuellement, M. le doyen et MM. les professeurs désirent que la pathologie soit enseignée en deux ans. M. Rendu parcourera donc toute la pathologie en réservant toutefois les développements pour les maladies que l'on observe presque journellement dans la pratique. Après avoir exprimé quelques regrets au sujet de cette mesure un peu gênante pour celui qui doit enseigner, mais que nous croyons utile pour les étudiants, M. Rendu aborde l'étude des maladies du tube digestif; la première leçon est consacrée aux stomatites, qu'il divise en *stomatites sans lésion de la muqueuse*, *stomatites ulcéreuses* et *stomatites parasitaires*.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 16 mars 1885.

MM. Bochefontaine et Œchsner de Coninck ont étudié l'*action physiologique de l'isocicutine*, alcaloïde liquide dont la synthèse a été effectuée par l'un des auteurs. Cette substance abolit, chez la grenouille, d'abord les propriétés de la moelle et du bulbe, puis l'excito-motricité nervo-musculaire et enfin les battements du cœur. Chez les mammifères supérieurs, elle produit la mort par affaiblissement général et arrêt de la respiration. Cet alcaloïde, isomère de la cicutine, possède une action curarisante considérable ; il a toutes les propriétés physiologiques de l'alcaloïde de la ciguë.

MM. Éd. Heckel et Schlagdenhauffen se sont demandés si l'*artemisia gallica*, plante très commune en France, ne contiendrait pas de la *santonine* comme d'autres plantes du même genre. Ils ont en effet pu retirer de l'artémise gauloise une huile essentielle, une matière colorante jaune, de la glycose, du tannin, etc., et surtout une proportion assez élevée de santonine, mélangée peut-être à un isomère de cette substance.

M. Carpentier présente une note sur la *définition, la classification et la notation des couleurs*. L'expérience montre qu'une couleur est définie par ses pouvoirs réflecteurs pour trois rayons simples déterminés, convenablement choisis dans l'échelle du spectre. Cette loi justifie les tentatives faites par plusieure physiciens de réduire à trois le nombre des couleurs simples. Mais, au lieu de considérer les pouvoirs réflecteurs, on peut employer les pouvoirs réflétants. Cette substitution permet à M. Carpentier de donner des couleurs une représentation géométrique assez curieuse : il désigne son système de nomenclature sous le nom de classification cubique.

M. Retterer fait la description des glandes et des lymphatiques qui entrent dans la constitution de la *bourse de Fabricius*. Cet organe représente un sac dont l'extrémité postérieure s'ouvre dans le cloaque des oiseaux ; ses parois comprennent une tunique séreuse, une tunique musculaire, une tunique muqueuse. Dans le chorion de cette muqueuse se trouvent des follicules clos formés d'une trame délicate de tissu cellulaire, d'éléments épithéliaux et de vaisseaux sanguins. Le revêtement épithélial des sinus lymphatiques ne pénètre pas dans la substance folliculaire, mais il s'étend sur leur périphérie. En résumé, les parois de la bourse de Fabricius ont la même texture que celles de l'intestin.

M. Dareste montre le rôle physiologique du retournement des œufs pendant l'incubation. On sait que les œufs maintenus immobiles ne tardent pas à périr : c'est que,

dans ce cas, l'allantoïde contracte des adhérences avec le jaune.

M. Hannover est élu membre correspondant dans la section de médecine et de chirurgie par 41 suffrages, contre 5 à M. Lister et 3 à M. Panum. Paul Loye.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 21 *mars* 1885. — Présidence de M. P. Bert.

M. Certes a employé les matières colorantes pour l'étude des infusoires vivants. Il s'est particulièrement servi du *violet dahlia* 170 et de la *malachite-Grün*, dans la solution desquels il a pu, pendant plus de huit jours, conserver ces êtres vivants et étudier par transparence leurs organes internes, qui ne tardent pas à être colorés.

M. Brown-Séquard, à propos d'une récente communication, dit que la perte d'excitabilité des nerfs après la mort présente des limites très variables, de quelques minutes à 4 heures. Toutes les causes qui produisent les arrêts d'échange prolongent cette excitabilité.

M. Laborde rapporte des faits de contractions rhythmiques du diaphragme après la mort, et les croit indépendantes de l'excitabilité nerveuse directe, point sur lequel il est en désaccord avec M. Brown-Séquard.

M. d'Arsonval donne le dispositif d'un nouvel appareil destiné à éviter le foudroiement. Il soumet en outre à la Société le procédé qu'il a employé pour mesurer, au moyen de la décomposition des sels de mercure, l'intensité d'un courant électrique. Au moyen d'un tube en U, dans les deux extrémités duquel viennent se rendre les deux pôles, ou peut, par simple mensuration visuelle,constater,en suivant les graduations gravées sur le verre, la quantité de sel décomposé, quantité qui correspond à des intensités de courant différentes. La solution de cyanure de mercure lui a paru la plus avantageuse.

M. d'Arsonval a également fait construire un appareil à projections dans lequel le foyer lumineux ordinairement employé est remplacé par une lampe à pétrole à trois mèches, qui donne une intensité de lumière suffisante. L'appareil a le grand avantage de coûter trois fois moins cher que ceux employés d'habitude. Il sera encore ultérieurement perfectionné par l'emploi de la naphtaline.

M. Malassez dit que ce dernier mode d'éclairage est excellent pour les travaux micrographiques. La flamme est exempte des oscillations si défavorables du gaz ordinaire, et sa blancheur est beaucoup plus favorable à l'examen des pièces que la teinte jaune de la flamme du gaz d'éclairage.

M. Bourquelot lit une note d'après laquelle il résulte que l'action de la levûre de bière sur le levulose et le maltose est en rapport constant avec l'état de la température.

M. Galippe communique la continuation de ses recherches sur la *densité des dents*.

M. Gréhant présente l'appareil avec lequel il a, en collaboration de M. Quinquaud, fait ses études sur la pression que peuvent supporter les artères et les veines.

Prix Godard : décerné à M. *Leblond* pour son *étude sur la caféine*. Mentions honorables : M. *Malécot*, pour son *étude sur la spermatorrhée*; M. *Mairet*, pour son *étude sur l'élimination du phosphore dans l'état physiologique et pathologique*. G. Gilles de la Tourette.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 *mars* 1885. — Présidence de M. Bergeron.

M. Villemin lit un rapport sur le prix de l'Académie.

M. Potain lit un rapport sur le prix Godard.

Suite de la discussion sur l'antisepsie et l'érysipèle. — M. A. Guérin estime qu'on a tort de dire que la méthode antiseptique, si puissante contre la pyohémie, est beaucoup moins efficace contre l'érysipèle. M. A. Guérin est de ceux qui ont banni l'érysipèle de leur service le jour où ils ont eu recours à la méthode antiseptique. La méthode consistait à filtrer l'air, à l'aide de la ouate, afin d'empêcher les microbes de parvenir jusqu'aux plaies. Durant les sept années qu'il a passées à l'Hôtel-Dieu, M. A. Guérin n'a observé que deux cas d'érysipèle suivis de mort; l'un était un érysipèle gangréneux, l'autre un érysipèle bronzé. Le pansement ouaté met sûrement à l'abri de l'érysipèle et de l'infection purulente, à la condition expresse qu'il soit minutieusement appliqué.

M. Polaillon, comme M. Verneuil, est partisan convaincu des pansements antiseptiques. Or, du 1er janvier 1879 au 1er janvier 1885, M. Polaillon a ainsi traité 5837 malades. Sur ces 5837 cas, il a eu 62 cas d'érysipèle dont 9 suivis de mort. Comparant sa statistique à celle de MM. Gosselin et Verneuil, M. Polaillon obtient 14.5 décès 0/0, alors que M. Gosselin annonce 26 0/0 et M. Verneuil 23 0/0. M. Polaillon attribue ce résultat à ce fait que les plaies de ses malades sont lavées avec une solution plus concentrée que celle dont se servent ses collègues.

M. Panas fait une communication relative aux *applications de la méthode antiseptique en chirurgie oculaire.* M. Panas préconise les lavages faits à fond au moyen d'instruments injecteurs dans les culs-de-sac, dans tous les replis de la conjonctive, etc... Tous les instruments devront être également plongés dans un liquide antiseptique. M. Panas conseille de recourir à une solution aqueuse de bichlorure d'hydrargyre au dix-millième, ou à une solution semblable de biiodure de mercure au vingt-cinq millième. Grâce à toutes ces précautions, M. Panas déclare que l'érysipèle a complètement disparu de ses salles.

M. L. Labbé fait une communication relative à un malade auquel il a pratiqué l'*extirpation du larynx* pour un sarcome fasciculé intra-laryngien. Ce malade, âgé de 59 ans, avait déjà subi l'opération de la trachéotomie ; aussi fut-on obligé de placer la compresse de chloroforme au niveau de la canule trachéale. Avant d'endormir le malade, M. Labbé avait dû substituer à la canule trachéale ordinaire la canule à tamponnement de Trendelenburg ; il procéda ensuite à la découverte du larynx qu'il isola à l'aide d'un couteau galvano-caustique, mince et assez étroit, et qu'il extirpa enfin de bas en haut suivant le procédé de Billroth. La plaie fut traitée par les antiseptiques ; et, aujourd'hui, quatorzième jour de l'opération, l'état du malade est très satisfaisant. A. Josias.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

I. Compendium-annuaire de thérapeutique française et étrangère pour 1885 ; par G. Bouchut. — Paris, J.-B. Baillière, éd.

Un ouvrage de cette nature ne peut être analysé. Comparable à l'*Annuaire* de Bouchardat, c'est une sorte de dictionnaire thérapeutique, comprenant tous les procédés et les médicaments nouveaux, tant français qu'étrangers, qui ont été essayés l'année précédente. Le *Progrès médical* en a déjà publié un grand nombre; l'*Année médicale* de cette année va compléter la liste.

Nous n'aurons donc que peu de choses à dire sur le livre de M. Bouchut. Toutefois, nous glanerons en passant certains médicaments ou procédés nouveaux qui nous ont paru dignes de remarque.

L'atropine, d'après Weiss, serait le médicament par excellence de l'*épilepsie*, et serait bien supérieur aux bromures. Il faut donner des doses d'atropine suffisantes pour produire de légers phénomènes d'intoxication (sécheresse du pharynx, parésie de l'accommodation. On doit arriver jusqu'à 4 et 5 milligrammes par jour.

Le Dr Narris Walfendez aurait obtenu des résultats très favorables, dans le traitement de cette même maladie, à l'aide du bromhydrate de conine. Il cite sept cas où ce médicament, employé à la dose de 25 centigrammes au maximum en 24 heures, aurait produit une amélioration considérable. Signalons, pour terminer la liste des médicaments préconisés contre l'épilepsie, l'acide bromhydrique (Reichert. — Solution à 10 p. 100. De 10 à 100 grammes par jour progressivement); l'acide osmique (Wildermuth); le nitrate de soude (Ralfe).

Le Dr Koranyi préconise l'emploi du bichlorure de mer-

cure en inhalation dans le traitement de la *bronchite fétide*. Il cite quelques cas où l'acide phénique et l'essence de térébenthine avaient échoué et où le sublimé a produit une action désinfectante presque immédiate.

L'eau chaude comme régime hygiénique. — L'eau chaude, paraît-il, c'est la santé présente et future. Cette fois, la mode nous vient d'Amérique; depuis six mois, tout le monde boit de l'eau chaude à New-York. Les bars sont pleins de buveurs qui refusent dédaigneusement le brandy et réclament de l'eau à 39 degrés centésimaux. C'est une réaction accentuée contre les boissons glacées, qui ont fait tant de mal aux Américains. L'inventeur de l'eau chaude est le Dr S.-H. Salisbury, bien connu en Europe pour ses recherches sur la fièvre paludéenne et sur la phtisie.

En 1858, Salisbury professait déjà cette opinion, que la fermentation de la nourriture dans plusieurs de nos organes et les produits de cette fermentation constituaient les principaux facteurs des maladies. Cette hypothèse, hardie à l'époque, est aujourd'hui moins contestable; la découverte des ptomaïnes, des différents alcaloïdes dans l'économie, des travaux récents sur les phénomènes de fermentation dans la digestion, tendent en effet à faire jouer un grand rôle aux phénomènes de fermentation et d'assimilation incomplète dans un grand nombre de maladies. M. Salisbury avait pressenti la vérité.

Pour éviter l'influence néfaste des fermentations, le médecin américain eut l'idée de laver l'estomac, les intestins, les glandes, à l'aide d'eau ingérée en quantité convenable. L'eau froide n'amena pas de résultats bien nets. Il la remplaça par de l'eau à la température du sang. Cette boisson chaude produisit chez lui et chez les sujets en expérience une sensation agréable de confort et de bien-être. Selon Salisbury, l'eau chaude exciterait les mouvements péristaltiques normaux du canal intestinal, détergerait les muqueuses gastro-intestinales des impuretés qui les recouvrent, favoriserait l'écoulement normal de la bile et provoquerait son élimination par les intestins en préservant son introduction dans le sang et son expulsion par la voie des reins.

Voici les préceptes du système Salisbury : L'eau doit être chaude et non pas tiède ou froide. La température doit être de 39 à 42°. La quantité à boire varie suivant les individus, les saisons, etc. Elle peut monter de 1/4 à 3/4 de litre. Salisbury, pour donner à cette administration une base physiologique, s'appuie sur la densité de l'urine. Si l'urine des malades marque 1,030 au densimètre, il faut augmenter la dose d'eau chaude; si l'on n'atteint pas le chiffre de 1,010, il sera nécessaire de diminuer la quantité d'eau.

L'eau chaude sera prise une ou deux heures avant chaque repas, et le soir, une demi-heure avant le coucher. Il importe de ne pas la boire d'un seul coup pour ne pas fatiguer l'estomac. Chaque dose sera ingurgitée par gorgées, dans l'espace de 15 à 20 minutes.

Dans la grande majorité des cas, une période de six mois suffit pour déterger complètement le foie et le tube intestinal. Toutefois, comme ce régime est destiné à maintenir la bonne santé par la propreté intérieure, en éloignant sans cesse les fâcheux effets de la fermentation des aliments indigestes, il n'y aura jamais d'inconvénient à reprendre l'usage de l'eau chaude quand les urines s'éloigneront du type normal. (L'étalon d'urine normale est celle d'un nourrisson bien portant, allaité par une mère en parfaite santé; la densité est, dans ce cas, comprise entre 1,015 et 1,020.)

Les résultats seraient remarquables, si l'on en croit l'auteur de ce système. La surface de la peau ne présente plus de sécheresse, le teint s'éclaircit, les digestions se font merveilleusement; on se sent plus gai et plus dispos.

Ce traitement hygiénique a un grand succès en Amérique; nous ne saurions rester en retard. A nous également d'essayer et d'expérimenter !

On trouve dans le Compendium de M. Bouchut une observation fort intéressante, empruntée à la *Gazette médicale*, de chorée guérie radicalement à la suite de deux séances d'*hypnotisme*. Le fait est rapporté par M. Beaunis, professeur à la Faculté de Nancy.

On sait que MM Liébault et Bernheim (de Nancy) ont constaté plusieurs cas semblables. Le Dr Bock (du Valais) nous en a également communiqué quelques observations très concluantes. Nous-même, pendant notre séjour à la Salpêtrière, avons été à même de constater les excellents effets de l'hypnotisme dans plusieurs affections nerveuses, d'essence dynamique. Nous les avons consignés, du reste, dans un ouvrage sur la matière (1).

Nous ne saurions donc mieux faire que d'engager les praticiens à expérimenter, toutes les fois qu'ils en auront l'occasion, ce mode thérapeutique, à la fois si simple et si puissant.

Dr F. BOTTEY.

THÉRAPEUTIQUE

De la Médication salicylée.

Dans ces dernières années, l'attention du public médical a été appelée sur le salicylate de soude. On a constaté que ce médicament possédait une grande efficacité contre le rhumatisme articulaire aigu ou chronique, les nodosités d'Aberdeen et certaines affections goutteuses.

L'excellent travail du Dr Blachez, médecin des hôpitaux de Paris, auquel nous empruntons ces documents, est venu confirmer les résultats déjà énoncés (1).

« Persuadés, dit le Dr Blachez, en ce qui nous concerne, d'après des expériences déjà fort nombreuses, qu'aucune médication n'a eu jusqu'ici une prise aussi puissante sur les principaux symptômes du rhumatisme articulaire aigu, nous avons publié, dans un travail spécial, dix cas observés par nous et dans lesquels l'action du salicylate de soude s'est manifestée avec une telle netteté, qu'il nous paraît impossible de la mettre en doute.

« Dans nos observations, l'action du salicylate a été suivie avec soin. On s'est assuré par l'examen des urines pratiqué chaque jour que les malades absorbaient régulièrement le médicament.

« Comme tous les autres médecins, nous avons rencontré quelques cas rebelles qui nous ont été expliqués par des conditions particulières; mais dans les cas francs de rhumatisme aigu ou subaigu, nous ne nous souvenons pas d'avoir constaté un insuccès complet de la médication.

« Les observations que nous avons recueillies suffisent à montrer l'action puissante du salicylate de soude dans le rhumatisme aigu. Il est impossible de ne pas reconnaître à ce médicament une influence que nul autre ne possède au même degré dans cette maladie. La rapidité avec laquelle, dans certains cas, les douleurs disparaissent et la fièvre tombe, a quelque chose qui surprend d'abord le médecin aussi bien que le malade. Les premières observations laissent quelque incertitude; on se croit en présence de faits exceptionnellement favorables. Mais ces faits se multiplient et la conviction s'établit et se fortifie chaque jour. Nous avons vu que les douleurs cessent quelquefois au bout de trente-six à quarante-huit heures, mais il est rare que l'amélioration se fasse attendre au delà du quatrième jour. Dès que l'on éprouve du soulagement, il faut bien se garder de cesser brusquement le salicylate; la médication doit être continuée pendant quelques jours encore et à doses décroissantes. »

Pour obtenir du salicylate de soude les bons résultats dont il vient d'être question, il importe de tâter la susceptibilité du malade et de commencer par administrer le salicylate de soude à doses relativement faibles : de 2 à 4 grammes chaque jour, par exemple, et s'il est nécessaire, augmenter la dose progressivement.

La tolérance des malades est variable. Les uns n'ont pas l'air de s'apercevoir de l'action du médicament. Chez d'autres, il provoque quelquefois des douleurs de tête et des

(1) Contribution à l'étude thérapeutique du salicylate de soude dans le rhumatisme articulaire aigu, par M. le Dr Blachez.

bourdonnements. Comme dans toute médication. il y a, sous ce rapport. des différences tout individuelles.

Quelles que soient les circonstances dans lesquelles on se propose de prescrire le salicylate de soude, il importe d'avoir présentes à l'esprit les règles posées par M. le professeur Germain Sée pour son administration (Académie de médecine, séance du 21 août 1877). Pour employer le salicylate de soude, le meilleur moyen. c'est la Solution; ce sel non dissout produit de l'irritation sur la membrane muqueuse de l'œsophage et de l'estomac; cette irritation peut être sûrement évitée si le médicament arrive dans les voies digestives à l'état de Solution. Une autre condition indispensable, c'est la pureté du salicylate, qui contient trop souvent une quantité d'acide phénique : c'est là un grand inconvénient qui se traduit par des nausées et un dégoût insurmontable.

En résumé, le salicylate de soude possède une efficacité incontestable et a donné d'excellents résultats toutes les fois qu'il a été possible d'administrer ce produit absolument pur.

La Solution Clin réunit les conditions voulues pour l'emploi de ce médicament : chaque cuillerée à bouche contient 2 grammes de salicylate de soude pur, chaque cuillerée à café en contient 50 centigrammes.

Cette Solution toujours incolore, *par conséquent exempte d'acide phénique* et très exactement dosée, permet d'administrer *sûrement le salicylate pur* et de varier les doses selon les indications qui se présentent.

VARIA

Les mesures prises et à prendre contre la contagion nosocomiale.

Sous ce titre M. le Dr Laborde publie dans la *Tribune médicale* (nº du 22 mars), un article très intéressant dans lequel il montre le peu qui a été fait pour l'isolement des malades atteints d'affections contagieuses et il insiste sur la nécessité de pousser activement les réformes. Sur ce point nous sommes absolument de son avis. Après avoir rappelé ce qui a été fait par lui le premier, assure-t-il, puis par MM. Vidal, Besnier, Bergeron, Cadet de Gassicourt, Maunoir et Béclère — oubliant les réclamations incessantes de Blache, Giraldès, Marjolin et bien d'autres — M. Laborde continue en ses termes :

« La Presse médicale a également fait son devoir dans ce concert d'avertissements ; et nous tenons d'autant plus à le rappeler, non seulement pour nous-même, mais pour nos collègues, que le *Progrès médical* a cru devoir commencer, il y a quelques mois, un de ses excellents articles sur ce sujet, par la déclaration suivante : « Parmi les journaux de médecine qui se publient à Paris, le *Progrès médical* est le seul qui ne se lasse pas de signaler à ses lecteurs la coupable inertie de l'Administration de l'Assistance publique ». Certes, ajoute M. Laborde, personne ne saurait méconnaître la vaillante ténacité de notre confrère à signaler et à combattre l'inertie administrative, ni la part qui revient à son rédacteur en chef, en sa qualité de ci-devant conseiller municipal, dans la plupart des résultats obtenus relativement à l'amélioration des services hospitaliers. Mais est-il autorisé à se dire, à se proclamer le *seul* des journaux se publiant à Paris *qui ait entrepris* et poursuivi cette campagne, surtout en ce qui concerne les mesures à prendre à l'égard de l'isolement des maladies contagieuses ? »

Nous remercions M. Laborde de bien vouloir reconnaître la part qui nous revient dans l'amélioration des services hospitaliers, jugement auquel nous ne sommes guère habitué. Ce devoir accompli nous nous permettons de lui faire remarquer qu'il a mal interprété notre phrase ; nous avons écrit « *le seul qui ne se lasse pas* de signaler, etc. » Si nous avions dit « le seul qui ait signalé, etc. », nous aurions eu tort; le tort que nous avons évité retombe sur M. Laborde lorsqu'il nous accuse d'avoir prétendu que le *Progrès médical* était le *seul* journal qui *ait entrepris* et poursuivi. « *Entrepris*, non ; nous avons cela de commun avec tous ceux — et ils sont nombreux — dont nous avons cité ou analysé les travaux ; quant à avoir *poursuivi* la campagne, cela est incontestable et nous l'avons fait non seulement dans le *Progrès médical*, mais encore et surtout au Conseil municipal, ou dans de nombreuses réunions et conférences publiques.

Autopsie proprement dite (1).

XVI. Examen des gros vaisseaux et des glandes qui les accompagnent.

Après avoir détaché le *mésentère* de ses attaches à la colonne vertébrale, on procède à l'ouverture sur place des *veines cave* et *iliaque*, de l'*aorte* et des *artères iliaques*, mais non sans avoir préalablement noté leur aspect extérieur (compression, dilatation, anévrysmes, varices, périphlébite, etc). L'ouverture est pratiquée sur la face antérieure des vaisseaux avec des ciseaux et prolongée, s'il y a lieu, jusqu'aux artères et aux veines des membres (thromboses, phlébite, athéromes, phlébolithes, etc., etc.). On prend, dans certains cas, le diamètre des gros vaisseaux (2).

Les *glandes* qui accompagnent les gros vaisseaux peuvent être hypertrophiées, atteintes de dégénérescence amyloïde, carcinomateuse, etc., lésions secondaires et consécutives à des altérations de même nature siégeant dans les organes d'où partent les vaisseaux lymphatiques qui se rendent à ces ganglions.

XVII. Examen du canal thoracique.

Le *canal thoracique* et la *citerne de Pecquet* font rarement l'objet d'un examen complet, toutefois il est bon de toujours s'assurer, lors de l'ablation de l'aorte à droite, de l'état au moins apparent de ces organes. Le canal peut être oblitéré, mais c'est surtout dans la tuberculose primitive des organes du bassin et de l'abdomen que l'examen de la citerne et du canal dénote parfois des altérations intéressantes ; difficiles à voir de prime abord à l'état normal, ils sont alors hypertrophiés ; l'on y suit nettement la *propagation de la tuberculose* de bas en haut ; on y a rencontré des ulcérations transversales tuberculeuses, etc. Les glandes avoisinantes participent à la lésion.

XVIII. Cavités et parois thoracique et abdominale.

Les *muscles de la cavité abdominale* ne donnent lieu qu'à peu de considérations ; on doit surtout noter les *abcès* dont ils peuvent être le siège et dont le point de départ doit être recherché avec soin.

Les *cavités thoracique* et *abdominale*, complètement vidées, l'on procède à l'examen du squelette ; si l'examen *de visu* n'a rien fait découvrir, on frappe alternativement avec la pointe du couteau chaque disque vertébral afin de se rendre compte de son état. On passe en revue les côtes, les vertèbres, les os du bassin, et on relève les différentes lésions dont ces os peuvent être atteints (exostoses, déformations diverses, fractures, luxations, mal de Pott, myélome, ostéomalacie, etc.).

Le *grand sympathique* ainsi que les *nerfs* des parois et les *plexus* sont, s'il y a lieu, l'objet d'un examen spécial.

XIX. Examen des membres supérieurs et inférieurs.

Cet examen n'est pratiqué qu'au cas où l'aspect extérieur a fait soupçonner l'existence de lésions les intéressant dans quelques-unes de leurs parties, ou encore quand l'autopsie des cavités ou les renseignements fournis par le médecin traitant permettent de supposer qu'on y rencontrera certaines altérations qui viendront confirmer le diagnostic posé. Il n'y a, en résumé, aucune règle fixe pour l'examen de ces parties, mais d'une façon générale on doit faire attention à n'endommager le cadavre que le moins possible. les incisions doivent être faites aux endroits les moins apparents et l'on doit éviter, à moins de nécessité absolue, de les pratiquer aux parties déclives.

L'examen porte le plus souvent sur *les glandes lymphatiques*, les *vaisseaux*, les *articulations* et les *os* ; on aura à y constater des lésions diverses, trop connues pour qu'il y ait utilité même à les énumérer ; nous nous bornerons à signaler ici l'importance de l'examen de la *moelle des os* dans certaines affections, telles que l'ostéomyélite, l'anémie pernicieuse progressive. etc. Il peut encore être utile d'examiner les *muscles*, les *vaisseaux* et les *nerfs*, mais ici, comme pour

(1) Extrait du *Manuel de technique d'autopsie*, par Bourneville et Bricon. Voir *Progrès médical*, nos 43, 44, 46, 47, 48, 50 et 52 (année 1884), et 3, 4, 5, 7, 11 et 12 (année 1885).

(2) L'examen des vaisseaux peut se faire en dehors du cadavre ; alors on les détache de haut en bas, à grands coups de couteau.

les organes précédents, il n'y a lieu de donner aucune règle fixe pour la technique. On fait alors une incision suivant la direction connue du nerf ou du vaisseau, etc. On note les différences qui existent d'un côté à l'autre (hémiplégies, paralysies, etc.). *(A suivre).*

Admission des étrangers au concours du bureau central et du prosectorat des hôpitaux.

Un certain nombre de journaux pensent que la proposition de M. Levraud, votée par le Conseil municipal, demandant l'exclusion des étrangers des concours du bureau central et du prosectorat des *hôpitaux* s'applique également au clinicat et à l'adjuvat de la *Faculté de médecine*. C'est là une erreur évidente. Il est curieux de voir des journaux qui trouvent illégale l'immixtion du Conseil municipal dans les affaires des hôpitaux, établissements municipaux, chercher à étendre le vote du Conseil à des fonctions qui dépendent de l'Etat, et cela parce que le vote du Conseil flatte sions et satisfait leurs intérêts.

Un concours à l'Institut agronomique.

Voici le résumé d'un article publié sous ce titre dans la *Revue scientifique* du 21 février dernier. Au mois de février 1884, M. Tassy donnait sa démission de professeur de sylviculture à l'institut agronomique; le 21 novembre seulement, un arrêté ministériel déclarait la chaire vacante et fixait les conditions exigées des candidats. Ceux-ci, convoqués le 22 décembre, s'entendirent annoncer par M. Risler, directeur de l'institut agronomique et président du jury, que d'après une décision unanime : 1° Le concours aurait lieu sur titres ; 2° M. Rivet, répétiteur de la chaire, serait seul présenté. Les candidats furent alors invités à reprendre leurs dossiers qui n'avaient pas même été examinés. La *Revue scientifique* fait remarquer, que les concours précédents, entre autres, quelques mois auparavant, celui de viticulture, avaient été de vrais concours, et que le procédé en question est non seulement inique, mais illégal, la loi du 9 août 1876, prescrivant qu'il doit être pourvu *par voie de concours* aux chaires vacantes de l'institut agronomique.

Banquet du professeur Grancher.

Samedi dernier, 21 mars, de nombreux convives s'étaient réunis dans les salons de l'Hôtel Continental pour fêter la nomination de M. Grancher à la chaire de clinique des maladies des enfants. On remarquait la présence de MM. Cornudet, Nadaud, Mazeron, députés de la Creuse, Pénières, député de la Corrèze, Cheysson, Valery Radot, etc. La Faculté était représentée par MM. les professeurs Brouardel, Bouchard, Cornil, Damaschino, Lannelongue. La plupart des agrégés, beaucoup de médecins des hôpitaux, une foule d'internes et d'externes, maitres, amis, élèves du nouveau professeur, avaient répondu à l'appel des organisateurs du banquet. Après une série de toasts portés par MM. Brouardel, Nadaud, Teissier de Lyon, Balzer, M. le professeur Grancher a remercié tout le monde avec un tact et une élégance de style qui ont emporté tous les suffrages. Il est impossible d'être plus cordial, plus éloquent, que ne l'a été M. Grancher.

FORMULES

5.—Traitement du catarrhe chronique avec emphysème et dilatation bronchique.

Iodure de potassium. . , ...	2 gr.
Chlorhydrate d'ammoniaque.	0,50 cent.
Poudre de Dower	2 gr.
Teinture d'Eucalyptus.	10 gr.
Julep alcoolisé	170 gr.

M. D. S. : une cuillerée à soupe 4 à 6 fois par jour.

Cette potion rend également les plus grands services aux asthmatiques pendant leurs crises.

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 15 mars au samedi 21 mars 1885, les naissances ont été au nombre de 1222, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 463; illégitimes, 169. Total, 632. — *Sexe féminin* : légitimes, 455 ; illégitimes, 135. Total, 590.

Mortalité a Paris.— Population d'après le recensement de 1881, 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 15 mars au samedi 21 mars 1885, les décès ont été au nombre de 1088 : savoir : 579 hommes et 509 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Choléra : M. . F. .. T. . — Fièvre typhoïde : M. 16. F. 14. T. 30. — Variole : M. 1. F. ., T. 1. — Rougeole : M. 21, F. 14, T. 35. — Scarlatine : M. 1, F. 1, T. 2. — Coqueluche : M. 4. F. 5. T. 9. — Diphthérie, Croup. M. 19, F. 14, T. 33. — Dyssenterie : M. .. F. ., T. .. — Erysipèle : M. 4, F. 2, T. 6 — Infections puerpérales : 3 — Autres affections épidémiques : M. ., F. ., T. .. — Méningite tuberculeuse et aiguë: M. 27, F. 22, T. 49. — Phthisie pulmonaire : M. 114, F. 76 T. 190. — Autres tuberculoses: M. 21, F. 17. T. 38. — Autres affections générales : M. 32, F. 53 T. 85. — Malformations et débilité des âges extrêmes : M. 25, F. 31, T. 56. — Bronchite aiguë : M. 27, F. 14. T. 41. — Pneumonie : M. 39, F. 45, T. 84. — Athrepsie : M. 29, F. 28 T. 57. — Autres maladies des divers appareils : M. 173 F. 155, T. 328. — Après traumatisme : M. ., F. ., T. .. — Morts violentes : M. 19, F. 7. T. 26. — Causes non classées M. 8, F. 8, T. 16.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 90 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 29 ; illégitimes, 13. Total : 42. — *Sexe féminin :* légitimes, 22 ; illégitimes, 26. Total : 48.

Faculté de médecine de paris (3e trimestre de l'année scolaire 1884-85). *Inscriptions.* — Le registre des inscriptions sera ouvert le mercredi 1er avril. — Il sera clos le samedi 25 avril, à 3 heures. Les inscriptions seront délivrées dans l'ordre ci-après : de midi à 3 heures : 1° Inscriptions de première et de deuxième années de Doctorat et de première année d'Officiat, les mercredi 1er, jeudi 2, mercredi 15, jeudi 16, vendredi 17, samedi 18 avril. 2° inscriptions de troisième et de quatrième années de Doctorat, de deuxième, de troisième et de quatrième années d'Officiat, les mercredi 22, jeudi 23, vendredi 24, samedi 25 avril. — MM. les étudiants de 4e année qui n'ont pas encore pris part aux travaux pratiques d'anatomie pathologique doivent présenter leur carte d'admission à ces travaux en prenant leur inscription trimestrielle. Même obligation est imposée à MM. les étudiants de 1re année qui n'ont pas encore pris part aux travaux pratiques de physique. MM. les étudiants doivent déposer, un jour à l'avance, leur feuille d'inscriptions chez le concierge de la Faculté; il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au secrétariat pour prendre leur inscription trimestrielle. Les numéros d'ordre pour les inscriptions de 3e et 4e années de Doctorat, et de 2e, 3e et 4e années d'Officiat (soumises au stage) ne seront distribués qu'à partir du lundi 20 avril. *Avis spécial à MM. les internes et externes des hôpitaux.* — MM. les étudiants, internes et externes des hôpitaux, doivent joindre à leur feuille d'inscriptions un certicat de leur chef de service, indiquant qu'ils ont rempli avec exactitude leurs fonctions d'interne ou d'externe pendant le 2e trimestre 1884-85. — Ce certificat doit être visé par le directeur de l'établissement hospitalier auquel l'étudiant est attaché. Ces formalités sont de rigueur : Les inscriptions seront refusées aux internes et externes qui négligeraient de les remplir.

— La Faculté sera fermée du lundi 30 mars au samedi 11 avril inclusivement : il n'y aura ni cours, ni examens. Le Secrétariat sera fermé du vendredi au mercredi 7 avril inclusivement. Les inscriptions seront délivrées les 1er et 2 avril, conformément aux affiches. Les consignations seront reçues les 30 et 31 mars ainsi qu'il est annoncé à l'affiche : Limites des consignations.

Cours de pathologie et thérapeutique générales. — M. le professeur Bouchard a commencé le cours de pathologie et thérapeutique générales, le mardi 24 mars 1885, à 5 heures de l'après-midi (Petit Amphithéâtre), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Cours complémentaire d'accouchements. — M. Charpentier, agrégé, a commencé le cours complémentaire d'accouchements le samedi 21 mars 1885, à 4 heures de l'après-midi (Petit Amphithéâtre), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Asile Sainte-Anne. Clinique des maladies mentales. — M. le professeur Ball a repris son cours de clinique des maladies mentales, à l'asile Sainte-Anne, le dimanche 22 mars 1885, à 10 heures du matin, et le continuera les jeudis et dimanches suivants, à la même heure.

Cours de pathologie chirurgicale. — M. le professeur Guyon a commencé le cours de pathologie chirurgicale le lundi 23 mars 1885, à 3 heures de l'après-midi (Grand Amphithéâtre), et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Cours auxiliaire d'anatomie pathologique. — M. Straus, agrégé, a commencé le cours auxiliaire d'anatomie pathologique le lundi 23 mars 1885, à 3 heures de l'après-midi (Petit Amphithéâtre) et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

— *Concours du prosectorat.* — Le jury de ce concours, qui s'est ouvert lundi 23 mars, se compose de MM. Béclard, président; Sappey, Guyon, Lannelongue et Duplay, et MM. Robin, Panas, suppléants.

Faculté de médecine de Lille. — Par arrêté du 23 mars, la chaire d'anatomie pathologique et de pathologie générale de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille est déclarée

vacante. Un délai de vingt jours est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — Par décret du 16 mars, M. BOYER, professeur de pathologie externe, est nommé professeur honoraire; M. DUMAS, professeur d'accouchements, est de même nommé professeur honoraire.

— Par décret en date du même jour, la chaire d'accouchements, maladies des femmes et des enfants, prend le titre de chaire de *Clinique obstétricale et degynécologie* ; M. Léon DUMAS, agrégé, est nommé membre titulaire de cette chaire.

Comme on le voit, M. le Ministre de l'instruction publique pursuit la réforme relative à la *limite d'âge* des professeurs de l'enseignement supérieur. Mais si M. Fallières ne veut pas être accusé d'obéir aux suggestions d'intérêts personnels, il a le devoir de prendre une mesure générale, reposant sur une limite fixe : les professeurs ayant atteint l'âge de 70 ans avant le 1er janvier 1885 seront mis à la retraite dans le courant de 1885.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANTES. — Le concours pour une place de professeur suppléant d'anatomie et de physiologie s'est terminé par la nomination du Dr ROUXEAU.

CONCOURS DU BUREAU CENTRAL. — MM. Moutard-Martin et A. Guérin ont été désignés pour faire partie du jury en remplacement de MM. Audhoui et Duplay qui n'ont pas accepté.

ASSISTANCE PUBLIQUE. — MM. les médecins du XVe arrondissement de Paris sont informés que le mercredi 8 avril 1885, il sera procédé, dans une des salles de la mairie, à l'élection d'un médecin des bureaux de bienfaisance.

FACULTÉ DES SCIENCES. COURS DE SEMESTRE D'ÉTÉ. *Anatomie et physiologie comparées.* — Le professeur, M. H. MILNE-EDWARDS est âgé de 85 ans : il est en même temps doyen de la Faculté. Par suite d'une indisposition, il ne commencera son cours qu'après les vacances de Pâques. Les leçons de M. Milne-Edwards se répètent d'ailleurs toujours invariablement les mêmes tous les deux ans : pendant une année, l'objet du cours est l'étude de la nutrition ; l'année suivante, le professeur examine les organes de la reproduction dans la série animale. La partie du programme sacrifiée, c'est-à-dire celle qui a trait aux fonctions de relation, est confiée au maitre de conférences, M. CHATIN.

Botanique. — Le professeur, M. DUCHARTRE, est âgé de 75 ans. L'enseignement est organisé de façon à ce que toutes les parties du programme soient étudiées en deux années ; dans l'une, le professeur expose l'anatomie et la physiologie végétales ; dans l'autre, il passe en revue les classifications des plantes et l'organisation des cryptogames. Le cours a lieu les mercredis et vendredis à midi un quart : il est très fréquenté par les candidats à la licence ès sciences naturelles, qui sont certains d'y puiser toutes les connaissances botaniques exigées aux *examens*. Le maitre de conférences, M. VESQUE, est chargé de l'étude de l'histologie végétale. La seule remarque que nous ferons, c'est que si ce cours est très règlementaire, permet aux élèves de bien passer leurs examens, il pèche en ce sens qu'il n'est pas au courant des travaux scientifiques qui se font en dehors de la France.

Géologie. — Le professeur, M. HÉBERT, est âgé de 73 ans. Ses leçons ont lieu le mercredi et le vendredi à trois heures. M. Hébert fait en deux années la description des périodes géologiques, uniquement au point de vue de la disposition des couches qui forment l'écorce terrestre. Malheureusement cette étude exclusive de la stratigraphie oblige le professeur à laisser de côté les deux parties les plus intéressantes de géologie, c'est-à-dire, l'étude des phénomènes naturels et celle de la paléontologie. M. VÉLAIN, maître de conférences, fait dans le laboratoire d'enseignement des démonstrations permettant aux élèves de déterminer facilement les roches et les fossiles.

ECOLE PRATIQUE DES HAUTES-ÉTUDES. *Laboratoire de tératologie* (Bâtiments du Musée Dupuytren) — M. DARESTE, directeur du laboratoire de Tératologie, commencera les Conférences pratiques d'Embryogénie normale et Tératologique, dans son laboratoire (batiments du Musée Dupuytren), le mardi 14 avril 1885, à 4 heures de l'après-midi, et les continuera les samedis et mardis suivants, à la même heure.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OTOLOGIE ET DE LARYNGOLOGIE. — La Société française d'Otologie et de Laryngologie tiendra sa session générale, les 2, 3, 4 avril 1885, à la maire du 1er arrondissement de Paris, Place Saint-Germain l'Auxerrois. Communications : 1° M. Menière (Paris). Surdité causée par les oreillons ; — 2° M. Paul Koch (Luxembourg). Sur le sarcowe du corps thyroide ; — 3° M. Garel (Lyon). Abcès aigu retro-laryngien avec pneumonie double; — 4° M. Gellé (Paris). Valeur de l'Epreuve des pressions centripètes : Réponse aux critiques de Politzer ; — 5° M. Delie (Ypres). Sur un cas de syphilis tertiaire tardive du larynx ; — 6° M. Bayer (Bruxelles). Sur un cas de kystes osseux nasaux ; — 7° M. Moure (Bordeaux). Du Pronostic et du traitement de la rhinite atrophique ou ozène ; — 8° M. Moure : Sur un cas d'aphonie simulée et un cas d'aphonie nerveuse chez un enfant; — 9° M. Moura (Paris). Rôle du muscle thyro-cricoïdien antérieur; — 10° M. Moura : Nature musculaire du ligament suspenseur de l'Isthme du corps thyroïde ; — 11° M. Baratoux (Paris). Sur la syphilis de l'oreille externe ; — 12° M. Noquet (Lille). Un cas de Syphilomes des conduits auditifs ; — 13° M. Senac-Lagrange (Cauterets). Etats laryngiens rentrant dans les cas d'atonie laryngienne d'irritation et de catarrhe ; — 14° M. Urban Pritchard (Londres). Démonstration microscopique du limaçon chez les mammifères et les oiseaux; — 15° M. Delie (Ypres). Deux cas de corps étrangers de l'oreille ; — 16° M. Noquet (Lille). Deux corps étrangers de l'oreille ; — 17° M. Duhourcan (Cauterets). Corps étrangers de l'oreille ; — 18° Tuberculose laryngée, eaux sulfureuses et trachéotomie ; — 19° M. Massei (Naples). La cocaïne et la chorée du Larynx ;— 20° M. Max Schaeffer (Brême). Sur l'aluminium acetico-tartaricum, ct l'aluminium acetico-glycerinatum ; — 21° M. Boucheron (Paris). Phosphènes et Bourdonnements. — Jours et heures des réunions : Jeudi à 8 heures du soir. Vendredi à 8 heures du soir. Samedi à 9 heures du matin. Samedi à 7 h. 1/2 du soir, Banquet.

MÉDECIN DÉPUTÉ. — M. le Dr LUGLEDIC vient d'être élu député de l'arrondissement de la Flèche (Sarthe).

NÉCROLOGIE. — M. le Dr Georges CAMUSAT (de Dijon). — Le Dr Léon SÉRULLAZ (de Lyon), ancien chef de clinique de la Faculté de Lyon ; — le Dr Bernard PILLORE, membre honoraire de l'Institut historique de France, décédé à Villeneuve-Saint-Georges, le 10 mars 1885, dans sa quatre-vingt-dixième année; — le Dr BRAINQUE, médecin-major de 1re classe en retraite, décédé à Pont-à-Mousson ; — le Dr DE SAINT-PAUL, vice-président de la Société médicale du XIVe arrondissement, médecin du bureau de bienfaisance, et du tribunal de commerce, décédé en son domicile, 115, rue du Chateau ;— le Dr Jules RESSÉGUIER (de Carcassonne).

Chronique des hôpitaux.

Hôpital des Enfants-Malades. — Service de M. DESCROIZILLES. — Salles Saint-Augustin et Saint-Ferdinand. Visite à 9 heures. Consultation le mardi avec conférence thérapeutique. Leçon de clinique thérapeutique le vendredi à l'Ampbithéâtre.

Service de M. Jules SIMON. — Salles Sainte-Marie et Sainte-Thérèse. Visite à 9 heures. Consultation le samedi. Leçon clinique à l'Amphithéâtre le mercredi.

Service de M. le professeur GRANCHER. — Salle Sainte-Elisabeth. Visite à 9 heures. — Salle Saint-Thomas : Clinique le mardi et le jeudi. Consultation le lundi.

Service de M. OLLIVIER. — Salles Sainte-Geneviève et Sainte-Luce. Visite à 9 heures. Consultation le jeudi. Leçon clinique le lundi à l'Amphithéâtre.

Chirurgie. — Service de M. DE SAINT-GERMAIN. — Salles Sainte-Pauline, Sainte-Marthe, Saint-Côme, Saint-Joseph. Visite à 9 heures moins le quart. Consultation tous les jours excepté le jeudi et le dimanche. Leçons cliniques, le jeudi.

Service de M. LABRIC.—Salles Saint-Jean et Saint-Louis : Visite à 9 heures moins le quart. Consultation le vendredi. Examens microscopiques des affections parasitaires du cuir chevelu, le mardi. — Salle Saint-Jean : 2, pleurésie gauche ; 4, coqueluche ; 5, myélite chronique ; 8, insuffisance mitrale, péricardite ; 10, gastrite ulcéreuse ; 11, scarlatine ; 12, chorée, rougeole ; 13, rachitisme, broncho-pneumonie ; 14, néphrite à frigore ; 16, scarlatine ; 17, coqueluche, eczéma chronique ; 19, rougeole ; 20, tuberculose pulmonaire, rachitisme ; 21, rougeole, angine et stomatite ulcéro-membraneuse ; 22, rougeole ; 24, rougeole, broncho-pneumonie ; 25, coqueluche, broncho-pneumonie ; 26, atrepsie, rougeole ; 28, rougeole, otite double chronique ; 29, rougeole, broncho-pneumonie ; 30, pneumonie du sommet gauche ; 31, tuberculose pulmonaire, pleurésie gauche ; 32, chorée, rougeole ; 34, hémoglobinurie, iritis rhumatismal ; 35, tuberculose vertébrale et pulmonaire ; 36, paralysie faciale à frigore : 38, tuberculose pulmonaire; 41, coqueluche ; 42, coqueluche, teigne tondante ; 44, pleuro-pneumonie tuberculeuse suite de coqueluche ; 45, embarras gastrique fébrile ; 46, coqueluche.—Salle Saint-Louis : 1 à 4, teigne tondante ; 4 à 7, eczéma chronique ; 8, psoriasis ; 9, 29, favus ; 29 à 42, teigne tondante ; 42 à 44, favus ; 44 à 46, teigne tondante.

13e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. I. N° 14. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 4 AVRIL 1885.

Le Progrès Médical

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Leçons sur l'anatomie pathologique du choléra;

Par le Dr I. STRAUS, agrégé, médecin de l'hôpital Tenon (1).

Messieurs,

V. *Microbe pathogène. Le bacille-virgule.* — S'il est une maladie qui, par son importation constante, son mode de propagation et l'ensemble de ses caractères réalise le type des maladies infectieuses, c'est à coup sûr le choléra. Aussi, l'apparition récente de cette maladie en Egypte et sur le littoral méditerranéen de l'Europe a-t-elle été l'occasion d'actives recherches poursuivies à l'aide des méthodes bactériologiques modernes pour déterminer l'organisme pathogène du choléra. La localisation intestinale si nette de la maladie, la constance des lésions de l'iléon, d'autres considérations encore, de nature étiologique et tendant à prouver que c'est dans les déjections que réside le principe contagieux, toutes ces raisons invitaient naturellement à rechercher dans l'intestin et dans son contenu le micro-organisme en question. D'autre part, la marche foudroyante du mal, les altérations profondes et rapides du sang, de certains viscères, du rein particulièrement, entraînant l'asphyxie et l'anurie si caractéristiques, donnaient à penser que cet organisme, primitivement localisé dans l'intestin, ne tarde pas à envahir l'ensemble de l'économie en se généralisant par la voie sanguine.

Dès les premières recherches objectives, il fallut renoncer à quelques-unes de ces hypothèses, si logiques en apparence. Et d'abord le sang, malgré quelques aspects qui pouvaient induire en erreur et sur lesquels j'ai insisté dans la dernière leçon, se montra privé de micro-organismes, quels que fussent les artifices de coloration et de culture auxquels on eut recours. De même, la totalité des viscères, les ganglions mésentériques, le foie, la rate, les reins, les poumons, etc., se montrèrent également privés de microbes, résultat négatif que la mission allemande ainsi que la mission française furent unanimes à énoncer.

Dans l'impossibilité où l'on se trouvait de déceler soit dans le sang, soit dans les organes *fermés*, tels que le foie, le rein, etc., la présence appréciable d'un micro-organisme (constatation qui eût été d'un secours précieux) il fallut donc se rejeter sur l'examen du contenu et des parois de l'intestin grêle, porte d'entrée et siège primitif probable de l'infection ; mais ici l'embarras devait être presque aussi grand, pour un motif inverse.

Le nombre et la variété des organismes inférieurs renfermés dans les selles et dans le contenu intestinal des cholériques, nous parurent, ainsi qu'à M. Koch tout d'abord, constituer un obstacle presque insurmontable à toute détermination précise. Restait l'examen des coupes de l'intestin grêle, par la méthode des colorations.

Sans être aussi variés que dans le contenu intestinal, les organismes rencontrés par nous dans la muqueuse et dans la sous-muqueuse de l'intestin présentaient cependant une diversité très grande. Il en résulta que là aussi nous ne nous sentîmes pas autorisés à tirer des conclusions positives sur la cause de la maladie, la variété des microbes constatés dans les coupes nous paraissant devoir éveiller, au plus haut point, le soupçon d'une invasion secondaire de l'intestin.

Ce qui légitimait encore ces réserves, c'est le fait que la présence de micro-organismes dans la muqueuse et la sous-muqueuse de l'intestin s'observait surtout dans les cas de choléra *prolongé*, avec rougeur et piqueté hémorrhagique de l'intestin. Dans plusieurs cas rapides ou foudroyants, où l'intestin était plutôt pâle que congestionné, il nous fut impossible de déceler, dans les tuniques intestinales, la présence appréciable de micro-organismes.

M. le Dr Koch, dans son premier rapport, arriva à des résultats qu'il considéra déjà comme décisifs. Dans toutes ses autopsies (au nombre de dix), il trouva dans les parois de l'intestin une espèce particulière de microbe, *dont la forme et les dimensions se rapprochent le plus du bacille de la morve.* (Rappelons ici que le bacille de la morve, entre autres caractères, présente celui d'être parfaitement rectiligne.) M. Koch pensa que c'est là l'organisme du choléra.

Dans ses recherches ultérieures poursuivies dans l'Inde, le savant chef de la mission allemande arriva à des résultats différents, de la plus haute importance. Ce n'est plus sur l'examen des coupes de l'intestin, mais sur l'examen du contenu même de l'intestin et des selles que sont basés ces résultats.

Si l'on vient, dit M. Koch, à faire l'autopsie d'un individu ayant succombé à une attaque de choléra foudroyant, le contenu de l'intestin grêle n'est pas à proprement parler un liquide aqueux, riziforme, mais on trouve la muqueuse tapissée par du mucus blanc grisâtre, filant. Si on colore avec une couleur basique d'aniline une parcelle de mucus isolé en couche mince sur la lamelle à couvrir, on voit que ce mucus contient une grande quantité de bacilles, d'un tiers ou de la moitié environ plus courts que le bacille de la tuberculose, recourbés en arc, parfois en demi-cercle ; il les désigne sous le nom de bacilles en virgule. Dans les cas très rapides, ces bacilles sont, pour ainsi dire, en *culture pure* dans le mucus qui recouvre la muqueuse, et c'est à peine si dans les préparations on rencontre associés à eux quelques autres organismes communs. Si au lieu d'examiner le contenu de l'intestin grêle prélevé sur le cadavre, on examine les selles rendues pendant la vie, on y constate, du moins pendant le stade initial (algide) de l'attaque cholérique, ces mêmes bacilles en virgule, mêlés cependant à un nombre plus ou moins grand d'autres microbes provenant du gros intestin. Plus le choléra se prolonge, plus la prédominance du bacille en virgule sur les autres micro-organismes tend à s'effacer, ce bacille cédant le pas devant l'invasion progressive des divers microbes de la putréfaction. Somme toute, si l'on s'en tient au simple examen microscopique, les conditions particulièrement favorables à la mise en évidence du bacille en virgule sont

(1) Voir *Progrès médical* nos 48, 50, 1884 et 2, 7, 1885.

assez fugaces; les selles encore fécales du début pas plus que celles qui accompagnent la période de réaction ne sont convenables pour cette recherche ; le mieux est d'examiner les selles pendant la période algide ou bien encore et préférablement le contenu intestinal pris dans l'intestin grêle d'un individu ayant succombé pendant le stade algide d'un choléra rapide. Dans les cas moins nets et dans ceux où l'examen microscopique demeure sans résultat, il faut recourir à la séparation et à la détermination du bacille par la culture.

Celle-ci repose sur l'ingénieux procédé de séparation des organismes imaginée par M. Koch. Une parcelle du contenu intestinal est délayée dans quelques centimètres cubes de bouillon gélatinisé, que l'on a fluidifié par une douce chaleur ; le liquide ainsi ensemencé est étalé sur une plaque de verre sur laquelle la gélatine en se refroidissant fait prise de nouveau. Au bout de quelques jours, à la température du laboratoire, on voit se développer des colonies d'organismes ; parmi ces colonies, il en est qui, examinées à un très faible grossissement, ou à la loupe, apparaissent sous forme de petites gouttelettes, à contours un peu irréguliers et non parfaitement circulaires, comme le sont les colonies de la plupart des autres microbes ; l'aspect en est granuleux et fortement réfringent. Bientôt la gélatine est fluidifiée autour de l'îlot, d'où une dépression en forme d'entonnoir, au milieu de laquelle la colonie apparaît comme un point blanchâtre. Ces colonies sont formées de bacilles en virgule et cet aspect de la culture sur plaques est caractéristique pour M. Koch. Si l'on sème le bacille virgule dans un tube de bouillon gélatinisé, de façon à obtenir une culture pure, cette culture affecte la même forme en entonnoir due à la fluidification de la gélatine.

Les propriétés morphologiques et biologiques de bacille en virgule sont trop connues aujourd'hui, Messieurs, pour que j'aie besoin de m'y arrêter. Sur les préparations que je vous soumets et où la culture a été faite dans une goutte de bouillon suspendue à la face inférieure de la lamelle à couvrir, vous voyez que ce bacille est animé de mouvements très actifs ; dans ces mêmes préparations, outre la forme en virgule, vous observez des formes en S ou en spirilles; du reste le bacille en virgule ne paraît être qu'un segment d'une spirille qui représenterait l'organisme arrivé à son complet développement. Le bacille-virgule exige pour son développement un milieu alcalin ou neutre ; alors il pullule avec une extrême facilité, à une température entre 16° et 40°. Il paraît ne pas donner de germes et une dessication de quelques heures suffit pour le tuer. Tel est pour M. Koch l'organisme pathogène du choléra.

Il est certain que la présence, presque à l'état de pureté, d'un bacille en forme de virgule dans la matière muqueuse qui tapisse l'intestin grêle des individus ayant succombé à une attaque aiguë de choléra, est une constatation extrêmement intéressante et qui conduit naturellement à attribuer au bacille en virgule un grand rôle dans l'histoire du choléra. Le fait que ce même organisme, quand on a su se placer dans les conditions requises, s'est retrouvé identique à lui-même chez les cholériques d'Egypte, de l'Inde, de Toulon, de Paris, de Gênes, etc., suffirait pour donner à cette notion, même réduite à une simple notion anatomique, une portée des plus considérables. Il est vrai que cette prédominance de l'organisme en virgule dans le contenu intestinal n'est que passagère et que, plus le choléra se prolonge, moins il devient abondant dans le contenu intestinal et dans les selles ; au bout de quelques jours il disparaît, et la culture même est incapable à le déceler. M. Koch explique ce fait par l'hypothèse que le bacille en virgule au début de la maladie se développe avec une vigueur telle, qu'il se substitue pour ainsi dire à tous les autres micro-organismes que contient l'intestin ; mais bientôt les microbes de la putréfaction l'emporteraient à leur tour et entraveraient la végétation du bacille-virgule. Cette action antagoniste des organismes de la putréfaction sur le bacille-virgule ne me semble pas aussi nettement prouvée ; j'ai eu occasion de conserver un certain nombre de cultures *impures* de bacilles dans des tubes de gélatine ; au bout de 10 à 15 jours, ces tubes dégageaient une véritable odeur fécale ; et cependant, ils renfermaient encore un nombre extrême des bacilles-virgules doués de toute leur vitalité, malgré leur mélange avec les organismes de la putréfaction.

Si l'on se reporte aux maladies dont la nature zymotique, parasitaire, est aujourd'hui solidement établie, on voit que l'on est arrivé à constater la présence d'un microbe spécial dans les organes que l'on sait particulièrement altérés dans ces maladies. Ainsi le bacillus anthracis, l'organisme du choléra des poules envahissent le sang ; le bacille de la tuberculose se trouve dans tous les produits tuberculeux, le bacille de la lèpre, dans tous les produits lépreux. En l'absence même des résultats négatifs qu'ont donné jusqu'ici toutes les tentatives d'inoculation, ce qui porte à croire que le bacille d'Eberth pourrait bien être l'organisme pathogène de la fièvre typhoïde, c'est ce fait qu'on le rencontre non seulement dans les tuniques intestinales des typhiques, mais dans les ganglions mésentériques, dans le foie, dans la rate, dans les reins, dans les organes *fermés* en un mot.

A cet égard, les choses se présentent bien moins favorablement pour le bacille-virgule. Aucun histologiste compétent, malgré les recherches les plus actives faites dans cette direction, n'a pu constater dans le foie, dans la rate, dans les reins, dans les ganglions de cholériques la présence de micro-organismes quelconques, ni surtout du bacille-virgule. Celui-ci n'envahit que les couches superficielles de la muqueuse intestinale et la sous-muqueuse, et jamais il n'a été vu franchissant la musculeuse ; on l'y rencontre en outre, non pas à l'état de pureté, mais mêlé à des microbes divers. Encore cette invasion de la muqueuse de l'extrémité inférieure de l'intestin grêle ne s'observe-t-elle que dans les cas de choléra *prolongé*. Dans les cas foudroyants, la muqueuse de l'intestin grêle ne renferme souvent aucun micro-organisme appréciable ou, si elle en contient, c'est en nombre extrêmement réduit. C'est ce que nous avons pu constater d'abord en Egypte, puis à Toulon et à Paris. Mon savant ami M. le Dr Lewis a fait la même remarque dans l'Inde ; il a bien voulu m'envoyer des fragments d'intestins de provenance indienne et pris sur des sujets ayant succombé à un choléra très rapide ; sur les coupes pratiquées sur ces intestins, j'ai pu également m'assurer que la muqueuse ne contenait pas de micro-organisme d'une façon appréciable.

Ainsi donc, si le bacille en virgule est la vraie cause du choléra, il présente cette particularité bien étrange de pouvoir provoquer ces symptômes si graves et ces lésions si profondes du sang, des reins, etc., par sa seule présence dans le contenu intestinal, puisque jamais on ne le rencontre ni dans le sang, ni dans les viscères, et que même, dans les cas rapides du moins, il n'en-

vahit pas d'une façon appréciable la muqueuse intestinale. Cela lui créerait dans l'histoire des microbes pathogènes une place toute spéciale. Pour produire des effets aussi rapides et aussi intenses, il faut admettre qu'il sécrète un ferment soluble, une ptomaïne quelconque, extrêmement énergique qui, absorbée, provoquerait les symptômes et les lésions du choléra. M. Van Ermengen a fait quelques expériences dans cette direction qui tendraient à établir que les liquides de culture privés d'organismes en virgule par filtration à travers le filtre de Chamberland ou dans lesquels ils ont été tués en maintenant la culture entre 60° et 70° pendant une demi-heure, possèdent encore une action toxique très manifeste (1). Ce sont des expériences qu'il importerait de répéter.

Si le bacille en virgule est vraiment pathogène et n'est pas simplement un organisme commun qui pullule abondamment dans l'intestin des cholériques parce qu'il y trouve un milieu de culture favorable, il faut arriver à établir qu'il ne se rencontre, avec les particularités qui lui sont propres, que dans le choléra exclusivement. C'est en effet ce que M. Koch s'est efforcé de démontrer ; pour lui, le bacille en virgule ne se rencontre que dans l'intestin des cholériques et jamais chez l'homme ou l'animal sains ou atteints de maladies autres que le choléra.

Dès notre retour de Toulon, nous avons appelé l'attention sur ce fait que la forme en virgule ne peut, à elle seule, caractériser l'organisme du choléra, et que l'on trouve des bacilles recourbés, de forme et d'aspect tout à fait semblables à ceux de l'organisme de M. Koch, dans des produits qui n'ont rien à voir avec le choléra. Nous en avons trouvé d'analogues daus le mucus vaginal de femmes atteintes de leucorrhée ou d'épithélioma du col. M. Malassez, dans des selles de dysenterie chronique (2). M. le Dr T. Lewis (3) a rencontré dans la salive de personnes saines un bacille recourbé d'aspect identique au bacille de Koch. Mais M. Koch fait remarquer avec raison que ces analogies ou ces identités morphologiques ne suffisent pas et qu'il faudrait établir que ces divers organismes en forme de virgule possèdent aussi les mêmes propriétés biologiques et notamment se comportent de la même façon dans les divers milieux de culture.

Au moment même où le choléra fit son apparition à Toulon, MM. Finkler et Prior observèrent à Bonn une épidémie de choléra nostras (29 malades, aucun cas de mort). Dans les déjections de ces malades, ils trouvèrent un organisme qu'ils déclarèrent morphologiquement identique à celui de M. Koch et qui, par la culture, donnait également naissance à des spirilles (4). Ces messieurs eurent l'obligeance d'adresser un spécimen de culture de leur organisme à M. Pasteur et nous eûmes ainsi occasion de l'étudier et d'en continuer la culture. Morphologiquement il nous a été impossible de trouver entre l'organisme de MM. Finkler et Prior et le bacille-virgule la moindre différence appréciable. D'après M. Koch (1) l'aspect des cultures serait différent, et l'organisme trouvé par les médecins de Bonn se développerait plus rapidement et fluidifierait plus vite la gélatine. J'avoue que dans nos cultures comparatives, les mêmes différences ne nous ont point frappés et que même nous avons fait une constatation inverse, l'organisme de Finkler nous paraissant se développer moins vite que le bacille-virgule de provenance asiatique. Quoi qu'il en soit, les différences ne reposent que sur des nuances de cultures et cette constatation de deux organismes presque identiques dans les selles de choléra indien et dans le choléra nostras est bien remarquable. Il faut attendre d'autres cas de choléra nostras pour juger la question avec de nouveaux documents.

Il est un autre côté capital de la question, c'est celui qui consiste à rechercher si les particularités biologiques du bacille-virgule d'une part, et d'autre part les particularités étiologiques du choléra lui-même, telles que la clinique et l'observation nous les enseignent, fournissent des données concordantes. Ce n'est qu'à ce prix qu'un organisme peut être considéré comme étant réellement pathogène.

Dès les premières recherches étiologiques sur le choléra, on a pu se convaincre que le contage résidait surtout dans les déjections et que le transport du choléra d'une localité infectée dans une localité saine jusqu'alors ne peut guère s'effectuer que par les malades eux-mêmes ou par les effets, les linges souillés par les déjections. La grande mortalité des blanchisseuses dans les épidémies cholériques avait déjà frappé les observateurs (2). Mais ces faits établissent que le contage réside dans les selles et rien de plus.

Une fois arrivé dans une localité, le choléra y forme des foyers ; comment, dans ces cas, s'effectue la propagation ? Un des modes les plus communs est probablement celui qui résulte de la contamination des eaux potables, et récemment encore M. Marey, et après lui M. Laboulbène, apportaient à l'Académie des faits qui paraissent bien démonstratifs dans ce sens. Il ne faudrait donc pas s'exagérer la portée des objections élevées dernièrement contre la théorie de la transmission par les eaux potables (*Trinkwasser-theorie*) par M. Petenkofer (3), mais il faut reconnaître aussi que ce mode de propagation est loin d'être unique.

La possibilité de transmission par la voie aérienne (miasmatique) à courte distance est acceptée par des hygiénistes éminents tels que MM. Petenkofer et Léon Colin ; elle est totalement inconciliable avec la théorie bacillaire de M. Koch, puisque le bacille en virgule ne donne pas de spores et est tué rapidement par la dessiccation et que ce n'est qu'à ce dernier état que sa diffusion par l'air pourrait s'effectuer.

La transmission du choléra par des effets, des linges sales à de grandes distances s'accorde aussi difficilement avec la notion de l'absence des germes et du peu de résistance à la dessiccation du bacille en virgule.

Enfin, étant donnée la facilité extrême avec laquelle le bacille en virgule se cultive dans la plupart des milieux de culture, à une température variant de 16 à 40°, on

(1) Van Ermengen. — Note sur l'inoculation des produits de culture du bacille-virgule aux cobayes (*Bull. de l'Acad. roy. de médecine de Belgique*, 3e série, t. XVIII, n° 12).

(2) Straus et Roux. — Exposé des recherches sur le choléra à Toulon (*Bulletin de l'Academie de médecine*, 5 aout 1884).

(3) T. Lewis. — On the comma bacillus of cholera (*The Lancet*, 20 sept. 1884, p. 497).

(4) Finkler et Prior. — Untersuchungen uber Cholera nostras, (*Deutsche medic. Wochenschr*, 1884, 4 sept., p. 379 et 25 sept., p. 632).

(1) Consulter à ce sujet Johne.— *Ueber die Koch'schen Reinculturen und die Cholera-bacillen*, Leipzig, 1885, p. 24.

(2) On trouvera dans le *Traité de Pathologie interne* de M. le professeur Jaccoud (article *Choléra*, t. II, p. 623, 1re édit. 1871), un résumé très complet des diverses épidémies où cette mortalité des blanchisseuses, lessiveuses et cardeuses de matelas a été signalée.

(3) Verhandl. uber Cholera im artzlichen Verein zu München. (*Deutsche med. Wochenschr*, 1884, p. 801 et 818).

peut s'étonner que cette maladie, une fois introduite dans nos pays, ne s'y perpétue pas et pourquoi, en définitive, elle demeure toujours confinée, en tant que maladie endémique, à la presqu'île de l'Inde. A n'envisager que les particularités biologiques du bacille en virgule, on ne s'explique pas pourquoi il ne s'acclimate pas en dehors de son foyer originel.

Il est un dernier point dont je dois vous entretenir, c'est la question de la transmissibilité du choléra aux animaux. Vous n'êtes pas sans savoir que toutes les tentatives que nous avons faites en Egypte pour transmettre la maladie aux animaux les plus variés, par les méthodes les plus diverses, et en employant des produits cholériques de toute nature ont complètement échoué; les efforts tentés dans la même direction par la mission allemande ont été tout aussi infructueux. Il en a été de même des premiers essais faits dans l'Inde par M. Koch à l'aide de la culture pure de bacilles-virgules. Je ne parle que pour mémoire de la courageuse expérience faite sur lui-même par M. Bochefontaine qui, comme vous le savez, avala impunément, enrobées dans une pillule, des déjections de cholérique dans le service de M. Vulpian. Si elle avait réussi (ce qui heureusement n'advint point), cette expérience aurait simplement prouvé que le contage réside dans les déjections; pour répondre plus expressément au problème du jour, l'expérience aurait dû être instituée avec une culture pure de bacilles-virgules.

MM. Nicati et Rietsch (de Marseille), dans différentes publications, disent avoir provoqué chez des chiens et des cochons d'Inde des états cholériformes, par l'injection dans le duodenum de culture pure du bacille en virgule, après ligature préalable du canal cholédoque; depuis, ils ont réussi chez le cobaye, même sans recourir à la ligature du canal cholédoque (1). M. Van Ermengen a répété ces expériences et a obtenu les mêmes résultats qui, parait-il, ont été également vérifiés à Berlin par M. Koch. Il faut attendre des expériences de contrôle avant de se prononcer sur ces essais de transmission, si importants au point de vue de la détermination du rôle pathogène du bacille en virgule.

REVUE CRITIQUE

Sur l'anatomie pathologique et la pathogénie du béribéri :

Par G. GUINON, interne des hôpitaux.

Dans un travail très complet paru il y a deux ans, mais où il s'occupait surtout, il est vrai, des symptômes de la maladie, M. B. Scheube (1), s'appuyant sur trois autopsies, avait fait du *kakké* du Japon ou *béribéri* une *névrite multiple subaiguë* due à un *poison spécifique*. Depuis il a continué ses recherches, non plus au Japon, où on lui suscitait trop de difficultés pour les autopsies, mais à Batavia, où le béribéri règne également à l'état endémique. A l'occasion de la publication de ce second mémoire (3), où M. Scheube donne nettement une opinion s'appuyant sur un assez grand nombre d'autopsies, nous avons pensé qu'il ne serait pas sans intérêt de passer en revue les diverses opinions qui ont été émises, au moins nouvellement, sur cette maladie exotique. Quant aux idées antérieures, encore bien hésitantes d'ailleurs, on les trouvera résumées et analysées dans les articles des dictionnaires (1): nous n'y reviendrons donc pas.

(1) *Semaine médicale*, 7 septembre 1884.
(2) Scheube. — *Die japanische Kakke* (beri-beri). Hirschfeld. Leipsig, 1882.
(3) Scheube. — *Weitere Beiträge zur path. An. und Histol. der Beriberi* (Kakke). (*Virchow's Arch.* B. 95, p. 146, 1884.)

Les avis sont en effet très partagés; et d'ailleurs la diversité des symptômes qui caractérisent cette maladie explique les nombreuses divergences qui se sont produites parmi les médecins qui ont cherché à en donner l'interprétation pathogénique. Sans parler des cas suraigus, dans lesquels le malade meurt avec presque tous les symptômes de l'attaque d'asystolie, le béribéri, dans sa marche la plus habituelle, revêt deux formes principales ; la forme *œdémateuse* et la forme *paralytique*. Ainsi, il y a à interpréter d'une part l'œdème et les hydropisies, d'autre part, la parésie, les troubles de sensibilité, l'atrophie musculaire, dans les deux formes, ces troubles cardiaques et respiratoires qui viennent souvent mettre fin à la maladie.

La plupart des auteurs se sont adressés à l'anatomie pathologique pour trouver dans les lésions observées après la mort, l'explication des troubles qu'ils avaient notés pendant la vie. L'anasarque, les hydropisies séreuses, la dégénérescence graisseuse des muscles, du cœur, tous ont trouvé ces altérations. Mais il fallait remonter plus haut et en rechercher la cause première. C'est ici que les opinions se divisent.

Se fondant sur des résultats obtenus constamment dans cinquante autopsies, Lodewijks et Weiss (2) font remonter la cause des divers symptômes à une *endartérite de l'aorte et des grosses artères* de la partie supérieure du corps. Cette endartérite réagirait d'une façon fâcheuse sur le mécanisme du cœur, qui s'hypertrophierait d'abord pour subir ensuite la dégénérescence graisseuse. Cette théorie, insuffisante en ce qu'elle n'explique qu'une partie des troubles observés pendant la vie, pèche d'ailleurs par son point de départ, car les altérations notées par ces deux auteurs. n'ont pas été, constamment du moins, observées par d'autres. Scheube, qui, dans ses vingt autopsies, a toujours recherché avec soin l'athérome, ne l'a rencontré qu'à un très faible degré, et en outre, dans sept cas, les malades en étaient complètement indemnes. Ce n'est donc pas de ce côté qu'il faut chercher la nature intime de l'affection qui nous occupe.

Nous ne mentionnons que pour mémoire, l'opinion d'Erni (3) qui fait de l'inoffensif *ankylostôme duodénal*, très fréquent à Java, et qu'il a par suite souvent rencontré dans ses autopsies, la cause première de la maladie.

Le béribéri est endémique au Brésil et dans ce pays on s'est également efforcé d'en découvrir la nature. Pacifico Pereira, professeur à la Faculté de Bahia, en donne la définition suivante : « dystrophie constitutionnelle endémo-épidémique due à une anoxhémie déterminée par des conditions climatologiques spéciales, caractérisée par des perturbations profondes dans les fonctions sensitivo-motrices et dans la circulation, de marche progressive et centripète, se terminant par la paralysie et l'asphyxie (4) ».

Qu'y a-t-il au fond de cette définition? On n'y trouve guère qu'une énumération des diverses formes de la maladie qui est déterminée, dit-il, par des conditions climatologiques spéciales. Quelles sont donc ces conditions cli-

(1) Rochard. — Art. *béribéri* (*Nouv. dict. de méd. et de chir.*). — Le Roy de Méricourt. — Art. *béribéri*. (*Dict. encyc. des sc. méd.*).
(2) Lodewijks. — *Geneeskundig Tidjschrift voor Neerlandisch Indie.* N. S. VIII, p. 17, 1878. Lodewijks et Weiss, ibid. N. S. X., p. 589, 1881.
(3) Erni. — *Ibid.*, N. S. XI, p. 97, 1882.
(4) P. Pereira. — *Sobre a etiologia e a pathogenia do béribéri* (*Gaz. med. de Bahia*, 1881 et 82.)

matologiques, et comment agissent-elles pour produire cette dystrophie due à une anoxhémie? M. Burel, qui commente et soutient les opinions du médecin brésilien, essaie dans une thèse soutenue l'année dernière, de nous en donner l'explication (1).

Il admet trois causes : 1° la haute température et l'humidité ; 2° les professions sédentaires, la mauvaise hygiène, etc. ; 3° et enfin, comme cause prédisposante, tout ce qui amène l'anémie. Cette anémie, à laquelle le malade était déjà prédisposé, produit la dégénérescence graisseuse plus ou moins généralisée que l'on trouve à l'autopsie Voyez, dit M. Burel, les animaux enfermés dans de l'air saturé d'eau et à la température de 37°,5. C'est bien là la réalisation expérimentale des conditions physiques dans lesquelles se trouvent les malades atteints de béribéri. Eh ! bien ces animaux meurent avec des phénomènes de paralysie, et, à l'autopsie, on trouve de la dégénérescence graisseuse du cœur, des muscles, etc. Chez nos malades, que cette dégénérescence porte sur les muscles de la vie organique, vous aurez la forme paralytique et atrophique du béribéri; qu'elle porte sur le cœur, vous aurez la forme œdémateuse, qui n'est autre chose que de l'asystolie. Quant à ces formes foudroyantes du béribéri signalées par François, (2) ce ne seraient que des attaques d'angine de poitrine par ischémie cardiaque, telles que les a décrites M. Huchard. Pour ce qui est de la terminaison par asphyxie, qui s'observe dans certaines formes non œdémateuses, elle s'expliquerait, suivant l'auteur, par l'anémie pulmonaire résultant du travail insuffisant d'un cœur stéatosé.

Les conditions climatériques qui, selon P. Pereira et Burel, sont prédominantes dans l'étiologie du béribéri, ont été aussi invoquées par un autre médecin, qui interprète tout différemment leur action. Pour Féris (3) en effet, ce sont surtout les alternatives de chaud et de froid, l'humidité habituelle des pays où l'on observe la maladie, qui jouent le principal rôle dans la production de l'épanchement de sérosité hors des vaisseaux. Les phénomènes paralytiques seraient sous la dépendance d'une hydro-myélie. Voici quel serait pour lui l'enchaînement des divers troubles observés. Le froid et l'humidité amènent une contraction des vaisseaux de la peau, d'où congestion de la moelle et hydromyélie; d'où consécutivement paralysie des vasomoteurs par compression de la moelle, œdème du tissu cellulaire sous-cutané, épanchements dans les séreuses. On aurait pu demander pourquoi la congestion produite par la contraction des vaisseaux cutanés ne se manifestait que sur la moelle et jamais sur les autres organes tels que foie, poumon, etc. L'auteur a prévu l'objection et il explique cette sorte de localisation spéciale de l'hyperhémie, par une plus grande délicatesse de la moelle, dont les vaisseaux résisteraient moins bien que ceux des viscères. Mais alors, pourquoi le malade atteint d'insuffisance mitrale présente-t-il de la congestion du foie, du poumon, avec cet œdème quelquefois énorme des membres? Pourquoi n'a-t-on pas aussi décrit une moelle cardiaque, comme un foie cardiaque? En un mot, pourquoi tous les malades à circulation entravée ne présentent-ils pas les symptômes du béribéri ? L'épanchement devrait cependant dans ces cas prédominer du côté de la moelle, puisque celle-ci est plus délicate que les autres organes.

Plus récemment, M. Féris a repris l'étude du béribéri pour chercher à l'identifier avec le *myxœdème* (4). Il dote ces deux maladies du même nom et les appelle *hydroparésie névro-vasculaire*. En effet, la théorie qu'il applique au béribéri se trouve être bonne aussi pour le myxœdème. Car, c'est en s'appuyant non seulement sur l'analogie des symptômes, mais encore sur l'identité de la pathogénie et de l'étiologie, qu'il cherche à démontrer que les deux affections n'en font en réalité qu'une.

Dans toutes deux en effet nous trouvons, pour ne citer que les principaux symptômes, de l'*œdème*, des phénomènes de *paralysie*, de l'abaissement de la température, des troubles cardiaques. Quant à l'étiologie, on rencontre surtout le myxœdème en *Bretagne*, dans des contrées exposées à l'humidité et aux changements brusques de température, en plein gulf-stream ; ce qui constitue un climat absolument analogue à celui des pays où le béribéri est endémique. Des deux côtés, nous trouvons en outre, une immunité complète au-dessous de quinze ans, et l'auteur en donne ainsi l'explication. Selon lui, avant cet âge, le canal rachidien n'étant pas encore consolidé complètement il pourrait se produire de l'hydromyélie sans qu'il y eût compression de la moelle, parce que ce serait le canal osseux qui céderait et se dilaterait sous la pression de l'épanchement. Il n'est pas jusqu'au traitement qui ne soit le même dans les deux affections, où l'on emploie avec plus ou moins de succès la faradisation, la strychnine et surtout le changement de climat.

De toutes ces analogies, l'auteur conclut à l'identité absolue des deux maladies, et termine en disant : « le myxœdème n'est que du béribéri nostras. On peut les appeler tous deux hydroparésie névro-vasculaire... et les définir : un trouble vaso-moteur déterminant de l'anasarque et de l'hydromyélie, avec quelquefois prédominance d'un des deux phénomènes, et survenant surtout sous l'influence des modificateurs météorologiques. »

Accordons, si l'on veut, à M. Féris l'analogie de climat des pays où l'on rencontre les deux affections, quoique sur ce seul point il y ait déjà, il nous semble, bien à redire. Mais si l'on compare entre elles, d'une façon un peu plus approfondie, la symptomatologie, la marche des deux maladies, on ne trouve plus cette identité absolue que l'auteur décrit. Au point de vue de la fréquence, même dans les pays où le climat est favorable à son développement, le myxœdème est en somme une maladie assez rare ; et d'ailleurs, de ce qu'on le rencontre de préférence ici ou là, il ne s'ensuit pas que l'on puisse conclure à une véritable endémie dans ces lieux. Vit-on jamais non plus le myxœdème subir par moments des recrudescences et sévir tout à coup avec une intensité telle qu'on se trouve presque en face de véritables épidémies? Je ne sache pas que le cas ait été jamais signalé. Qu'arrive-t-il, au contraire, dans les contrées où le béribéri est endémique? A l'état habituel, il fait de nombreuses victimes. sans compter ces sortes de recrudescences dans lesquelles la maladie sévit cruellement dans un point limité du territoire, dans un port ou dans un navire ; et tous les Portugais ayant habité le Brésil connaissent le béribéri comme un Parisien la fièvre typhoïde ou la dyphthérie. Voilà donc déjà une différence bien tranchée.

Occupons-nous maintenant des symptômes eux-mêmes des deux affections et prenons le principal signe du myxœdème, celui qui se trouve mentionné dans le nom même de la maladie : je veux parler de l'œdème. Examinons ce symptôme avec quelques détails, et nous y trouverons encore de quoi différencier nettement les deux maladies. Dans le myxœdème, en effet, l'œdème est tout particulier; il est dur ; le doigt appuyé sur la peau n'enfonce pas, et il ne laisse ensuite aucune empreinte. Ce caractère spécial, qui a une véritable valeur diagnostique et peut servir à

(1) Burel. — *Etude sur l'étiol. et la pathog. du béribéri.* — Th. Paris. 1883.
(2) François. — *Arch. de méd. nav.*, 1879.
(3) Feris. — *Arch. de méd. nav.*, août, 1882.
(4) Féris. — *Gaz. hebd.*, juin, 1883, n° 23.

*

faire distinguer le myxœdème des autres œdèmes . eardiaque, brightique, nous servira aussi à le distinguer de l'infiltration de la forme œdémateuse du béribéri. En outre, il existe toujours dans le myxœdème et l'on n'observe pas de formes analogues à la forme paralytique du béribéri, dans lesquelles on peut ne pas rencontrer le plus petit degré d'infiltration séreuse du tissu cellulaire. Quant à la parésie qui complique presque toujours les cas extrêmes de myxœdème, elle semble être exclusivement mécanique, par surcharge, pour ainsi parler; et l'on pourrait en dire autant de l'atrophie musculaire qui l'accompagne dans ces cas. Les analogies relevées par M. Féris ne sont donc pas, nous semble-t-il, suffisantes pour permettre d'identifier complètement ces deux affections.

Il est encore une autre maladie avec laquelle on a voulu identifier le béribéri, c'est le lathyrisme. Au moment où M. Proust fit à l'Académie de médecine la relation de l'épidémie de lathyrisme qu'il avait observée en Algérie quelques mois auparavant (1), dans la discussion qui suivit cette communication, Le Roy de Méricourt, s'appuyant sur la similitude apparente des symptômes caractérisant les deux affections, voulut les faire rentrer l'une dans l'autre et assimiler le béribéri à l'intoxication par les graines de gesse. Il est incontestable que l'alimentation joue un rôle très net dans la production du béribéri, et cela est si vrai, qu'en 1871 M. Dechambre a pu signaler les analogies symptomatiques frappantes qui existaient entre cette affection et l'anémie régnante pendant le siège de Paris (2).

Mais si les deux maladies se rapprochent l'une de l'autre à ce point de vue, elles sont bien nettement séparées par des différences très tranchées, sans compter que le lathyrisme ne se manifeste jamais sous la forme œdémateuse, qui est de beaucoup la manière d'être la plus fréquente du béribéri. Ces différences ont été indiquées et bien mises en lumière par M. Marie (3), qui a mis en regard dans un tableau les symptômes paralytiques principaux du béribéri et du lathyrisme pour les opposer les uns aux autres. Nous ne rappellerons que les principaux : paraplégie flaccide dans le béribéri, spasmodique dans le lathyrisme; diminution ou perte des réflexes tendineux dans le premier, exagération très nette et phénomène du pied dans le second; pas d'atrophie musculaire dans le lathyrisme, tandis qu'elle existe toujours notablement chez tous les malades atteints de béribéri paralytique, quel que soit le degré de la paralysie.

On voit qu'il y a là de quoi différencier deux affections, surtout quand on considère les points de ressemblance, qui demeurent en bien petit nombre et de bien mince importance, après que l'on a délimité dans chaque maladie la nature de la paraplégie, qui était en somme le plus grand point de contact, à un examen peu approfondi. Il ne reste plus alors comme symptômes communs que les troubles de la miction, beaucoup plus fréquents d'ailleurs dans le lathyrisme, et la diminution ou l'abolition de la puissance génitale qui semble être la règle dans les deux maladies. On peut donc dire avec Marie que « abstraction faite de la nature et des causes du lathyrisme et du béribéri, le tableau clinique présenté par l'une et l'autre de ces deux affections est trop différent pour qu'on puisse admettre leur analogie. »

Dans un prochain numéro nous continuerons à passer en revue les idées émises par les auteurs contemporains au sujet du béribéri.

(1) *Acad. méd.*, juillet 1883.
(2) Dechambre. *Gaz hebd.*, 1871, p. 167.
(3) P. Marie. — *Lathyrisme et béribéri* (*Prog. méd.*, 1883.)

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

De la cholécystotomie.

Depuis quelques années, les tentatives chirurgicales faites sur la vésicule biliaire se multiplient et nous sommes dès à présent en possession d'un nouveau chapitre fort intéressant de chirurgie abdominale. De tous côtés arrivent des observations nouvelles et plusieurs revues fort bien faites nous ont donné cette année l'état actuel de la question ; mais déjà ces résultats sont dépassés et la cholécystotomie bien que paraissant à peu près fixée dans ces lignes fondamentales est encore en pleine voie de perfectionnement. Nous ne pouvons faire ici qu'un examen rapide de l'opération nouvelle, ceux qui voudraient des renseignements bibliographiques plus complets les trouveront dans les mémoires très remarquables de Musser et Keen (*Americ. Journ. of med. sciences*, octobre 1884) et de Witzel (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie* XXI heft 1 et 2 septembre 1884). Ajoutons aux faits contenus dans ces deux mémoires les deux observations présentées par Jules Bœkel à la Société de médecine de Strasbourg (*Gaz. med. de Strasbourg*, 1883, nº 6), deux observations de Courvoisier (*Correspond. Bl. für Schweiz. Aertze* 1884, nº 15), un cas de Gill présenté à la Leeds and West Riding medico-chirurg. Soc. (*Brit. med. journ.*, 6 déc. 1884), un article de Gaston (d'Atlanta) dans le *medical journal* d'octobre 1884 (analysé dans *Brit. med. journ.*, 14 février 1885), et enfin plusieurs revues dans le *Philadelphia medical News* du 20 déc. 1884, le *journal de médecine de Paris*, nºˢ 5, 6 et 7, 1885 (Cyr), les *Archives de médecine*, février 1885 (Brun) et le *London medical Record*, 16 février 1885. Disons enfin que parmi les communications qui doivent être faites au *Congrès français de chirurgie* qui va s'ouvrir, figure une note du professeur J. Bœckel sur la cholécystotomie appliquée au traitement des calculs biliaires.

Une première question se pose. Les opérations dont nous allons parler s'appliquent à des affections qui étaient regardées jusqu'ici comme relevant exclusivement du domaine de la médecine. Il est nécessaire de bien établir dès le début que les choses ne sont pas changées et que c'est toujours au traitement interne et avant tout au traitement par les eaux de Vichy qu'il faudra s'adresser tout d'abord dans les affections des voies biliaires. Mais dans certains cas, rares si l'on veut, mais réels, le traitement interne reste complètement inefficace et le mal parait alors au-dessus de nos ressources. Que pourrait, par exemple, la thérapeutique médicale sur un empyème de la vésicule ou sur un rétrécissement infranchissable du canal cholédoque. C'est dans ces cas regardés jusqu'ici comme désespérés que la chirurgie doit intervenir.

On a objecté qu'il était fort difficile de savoir d'avance si un cas donné était ou non susceptible de guérir par le traitement interne et que le plus souvent ce diagnostic ne pourrait être porté qu'à une époque où le malade épuisé ne serait plus capable de supporter une opération aussi grave. Mais en dehors des différents symptômes qui permettent de porter un diagnostic moins tardif, il est un signe fort important qui sera une des

principales indications de l'intervention chirurgicale, c'est l'augmentation de volume de la vésicule biliaire qui continue à grossir malgré le traitement interne.

Dans les cas traités par la cholécystotomie, nous voyons des tumeurs biliaires atteindre un diamètre de trente centimètres; nous en voyons d'autres qui ont été prises pour des kystes de l'ovaire; dans tous ces cas on a institué, pendant un temps plus ou moins long, un traitement médical qui, naturellement, est resté sans résultat. Dans ces conditions, il ne parait pas téméraire d'affirmer que la chirurgie apparaît comme une suprême ressource.

Il y a longtemps d'ailleurs que les chirurgiens ont eu la pensée d'intervenir dans les affections de la vésicule biliaire, et l'on sait que J. L. Petit, se basant sur l'analogie qui existait entre les calculs biliaires et ceux de la vessie, proposa et exécuta le premier l'ouverture d'une tumeur biliaire renfermant des calculs. Mais à cette époque, on ne disposait pas des méthodes que nous employons aujourd'hui et l'ouverture du péritoine était considérée à juste titre comme fort grave; aussi, J. L. Petit, instruit par deux faits terminés par péritonite, n'admettait l'intervention que dans le cas où il y avait adhérence de la vésicule à la paroi abdominale; il cite même un fait où un chirurgien put par la canule du trocart explorer la vésicule et extraire des calculs après débridement. Il alla plus loin ensuite et il conseilla, même en l'absence d'adhérences, de ponctionner la vésicule si sa trop grande distension menaçait l'existence, et Morand (1757), Block (1774) répètent plusieurs fois ces incisions de vésicules biliaires enflammées et adhérentes. Richter (1) (1801) émet l'idée que même lorsque la vésicule n'est pas adhérente, on peut produire artificiellement ces adhérences. Carré (2) (1833) va plus loin et il propose d'ouvrir le péritoine, puis, lorsque les adhérences ont eu le temps de se former, d'inciser la vésicule; c'est le procédé en deux temps que nous allons retrouver tout à l'heure. Enfin, en 1859, Thudicum propose d'ouvrir la vésicule et si le doigt y sent des calculs, de l'attirer dans la plaie abdominale et d'établir ainsi une fistule par où on pourra aller plus tard extraire les calculs.

Mais à cette époque, la méthode antiseptique n'est pas encore née et la laparotomie est encore à ses débuts. Pour que la cholécystotomie pût réussir et être acceptée par les chirurgiens, il fallait que ces deux grands progrès de la chirurgie contemporaine fussent réalisés, aussi nous voyons toutes ces propositions, quelque rationnelles qu'elles soient, rester stériles, et la chirurgie en réalité n'était guère plus avancée qu'au temps de J. L. Petit; on savait bien ce qu'il y avait à faire, mais on était toujours arrêté par la crainte de la péritonite et l'on se bornait à ouvrir des abcès de la vésicule adhérents à la paroi abdominale, ou bien à extraire des calculs en dilatant des fistules biliaires ouvertes spontanément.

Ce fut Marion Sims qui, le premier (18 avril 1878) exécuta cette opération réclamée en vain depuis si longtemps par les médecins. Chez une femme de 45 ans qui présentait tous les signes d'une obstruction du canal cholédoque avec tumeur biliaire volumineuse, il fit une incision de la paroi abdominale parallèlement à la ligne blanche, ouvrit le péritoine, ponctionna la tumeur, l'attira à l'extérieur, et après l'avoir incisée et en avoir retiré 60 calculs, la sutura dans l'angle supérieur de la plaie. On crut d'abord à un succès, mais le 4e jour survint de la fièvre, puis apparurent des hémorrhagies en nappe par la bouche et par l'estomac, la malade tomba dans une prostration extrême et elle succomba huit jours après l'opération.

A partir de ce moment les opérations se multiplient. Presque en même temps que Sims, Kocher opère avec succès un empyème de la vésicule biliaire; puis viennent les faits de Keen, König, Ransohoff, Gross, Bœckel, Courvoisier, Gill, etc., mais nous devons citer en première ligne ceux de Lawson Tait qui, lors de sa dernière communication (mai 1884) avait déjà pratiqué 13 fois l'opération sans perdre un seul malade.

Quelles sont les indications de la cholécystotomie? Il y en a plusieurs fort différentes. Nous ne faisons que signaler les abcès de la vésicule adhérents à la paroi abdominale qui, même lorsqu'ils renferment des calculs doivent être traités comme des abcès ordinaires.

La principale, nous dirions presque l'unique indication de la cholécystotomie, c'est l'obstruction des voies biliaires, mais là encore les choses peuvent se présenter sous deux aspects bien différents qui ont été un peu confondus par les divers opérateurs et que Witzel a bien mis en relief. L'obstruction peut siéger dans le canal cholédoque ou bien dans le canal cystique, et, dans ces deux cas, non seulement les symptômes, mais l'indication et le but de l'opération diffèrent complètement.

L'obstruction du canal cholédoque peut tenir à diverses causes. Tantôt c'est un corps étranger, tels qu'un ascaride, une hydatide, un calcul qui bouche le conduit; toutefois, cette cause est assez rare, car les calculs qui ont pu traverser le canal cystique passent en général sans difficulté dans le canal cholédoque. Le plus souvent cette obstruction tient à une dégénérescence organique des parois du canal; ses parois enflammées peuvent s'épaissir considérablement ou bien elles peuvent s'ulcérer et se souder l'une à l'autre, très rarement enfin elles sont le siège d'une dégénérescence cancéreuse; nous laissons de côté l'atrésie congénitale qui ne donnera jamais lieu à une difficulté de diagnostic. Enfin, le canal cholédoque pourra aussi être obstrué par une tumeur voisine, un cancer de l'estomac, un anévrysme, la vésicule biliaire distendue, comme cela avait probablement lieu dans le cas de Sims.

Dans l'obstruction du canal cholédoque, le fait capital est la rétention de la bile; c'est cette rétention qui va causer tous les accidents généraux : troubles digestifs, hémorrhagies, cachexie, qui rendront l'intervention nécessaire et urgente, c'est cette rétention que l'opération devra avoir pour but de faire cesser. L'opération va créer une fistule biliaire qui sera une véritable soupape de sûreté empêchant la bile d'agir plus longtemps sur l'organisme, mais ce n'est là qu'un traitement palliatif, la cholécystotomie remplit là exacte-

(1) Cité par Witzel.
(2) Cité par Brun.

ment le même rôle que l'entérotomie dans l'obstruction intestinale, mais pour qu'il y ait guérison, il faudra une nouvelle opération destinée à rétablir le cours de la bile dans l'intestin; la cholécystotomie n'aura été qu'une opération préliminaire.

Si, au contraire, l'obstruction siège sur le canal cystique, la bile continue à couler dans l'intestin, et le fait qui domine tout maintenant c'est le développement d'une tumeur biliaire qui forme un véritable kyste fermé, et qui, comme tous les kystes, pourra s'enflammer et même se rompre. Nous avons déjà dit que c'est dans ces cas que la cholécystotomie est le plus souvent indiquée, et là c'est une opération véritablement curative. Une fois la vésicule ouverte et vidée de son contenu liquide et de ses calculs, on n'a plus qu'à attendre son retrait et rapidement la fistule se fermera spontanément.

On a encore conseillé d'intervenir dans le cas où sans tumeur de la vésicule, un calcul engagé dans les voies biliaires causerait des douleurs qui, par leur durée et leur acuité, pourraient faire craindre un dénouement fatal. Mais jusqu'à présent nous ne trouvons pas d'opération entreprise sur cette seule indication.

Avant de procéder à l'opération, certains chirurgiens recommandent de compléter le diagnostic à l'aide de différents moyens d'exploration qui, tout en étant peu dangereux, ne sont pas cependant absolument innocents; la ponction aspiratrice est le plus simple de ces moyens; elle nous renseigne sur la nature du liquide et la présence de calculs; on peut même, par la canule du trocart, introduire une petite sonde et aller ainsi à la recherche des calculs. Il faut dire, toutefois, que, à la suite de ces ponctions, même avec des aiguilles très fines, on a parfois observé une péritonite locale. L'acupuncture simple a été plus souvent employée et elle est vivement recommandée par Whittaker, Ransohoff et Harley.

L'opération différera suivant que la vésicule sera adhérente ou non à la paroi abdominale. Si elle adhère soit spontanément, soit à la suite d'application de caustiques, on incisera simplement, en général, sur une ligne verticale, et après avoir ouvert la vésicule, on la videra de ses calculs, ce qu'il n'est pas toujours facile de faire complètement. Puis on abandonne les choses à elles-mêmes; s'il n'y a pas d'obstacle, ces fistules se ferment souvent spontanément au bout de quelques semaines, sinon on pourrait les fermer en suturant séparément la paroi de la vésicule et la peau. S'il reste un obstacle dans les conduits biliaires, la fistule persistera indéfiniment et il faudra, bien entendu, se garder d'essayer de la fermer.

Lorsque la vésicule n'adhère pas à la paroi abdominale, l'opération constitue la cholécystotomie proprement dite. L'incision de la paroi abdominale est variable, les uns la pratiquent verticalement sur la ligne blanche ou un peu à droite de cette ligne, les autres, plus nombreux, incisent parallèlement au bord des côtes et sur la partie la plus saillante de la tumeur. Quoi qu'il en soit, cette incision ne devra être faite que juste assez longue pour pouvoir explorer les voies biliaires, on pourra plus tard l'agrandir s'il en est besoin. L'hémostase bien assurée, on ouvre le péritoine et, avec deux doigts ou toute la main s'il le faut, on explore la vésicule et les canaux cholédoque et cystique. Si l'on sent un calcul dans ces conduits on essaiera de le pousser vers le duodénum, sans violence, afin de ne pas déchirer la muqueuse, et si cette descente est impossible, on essaiera de le faire remonter dans la vésicule biliaire, ce qui, en général, sera beaucoup plus facile, vu la dilatation des canaux au-dessus de l'obstacle.

Cela fait, on ouvre la vésicule et on peut, pour cela, procéder de trois manières différentes. Les uns, une fois la paroi abdominale incisée et l'appareil biliaire exploré, appliquent sur la plaie un pansement antiseptique et attendent, pour ouvrir la vésicule, que des adhérences se soient produites, c'est le procédé en deux temps; c'est celui que Kocher employa pour guérir l'empyème de la vésicule dont nous avons parlé plus haut. Ainsi que le fait remarquer Keen, ce procédé a de très graves inconvénients : la vésicule est, en général, mobile et peut facilement glisser sur la plaie abdominale; d'autres organes peuvent venir adhérer à cette plaie et même faire hernie entre ses lèvres, le pansement peut se déplacer et laisser ainsi la cavité péritonéale ouverte; en somme ce procédé est aujourd'hui à peu près délaissé.

Le plus souvent, après l'ouverture du péritoine, on ponctionne la vésicule et on la vide en partie, puis on l'attire au dehors, on l'incise et on suture cette ouverture aux lèvres de la plaie abdominale; le reste de cette plaie est suturé. On peut alors, avec des pinces, des curettes, des sondes, explorer et vider la vésicule; les calculs sont parfois en nombre considérable, dans le cas cité par Witzel on en retira 360; souvent, pendant les jours qui suivent l'opération, il en sort spontanément et on peut favoriser cette sortie par des lavages répétés. Cette fistule sera alors dans les mêmes conditions que les fistules consécutives à un abcès et sera traitée de même.

Sp. Wells a conseillé une autre méthode. Une fois la vésicule ouverte et suturée à la plaie abdominale, il la vide comme dans le cas précédent, mais une fois que tous les calculs paraissent être sortis, il la détache, suture son ouverture et la réduit dans le ventre en fermant ensuite la plaie abdominale. Ce procédé est extrêmement dangereux et, dans le seul cas où il a été tenté, on trouva à l'autopsie un épanchement de bile dans le péritoine. On pourrait, à la rigueur, agir ainsi, si l'on était sûr qu'il n'y a plus aucun obstacle dans les conduits biliaires, mais si la bile rencontre une certaine résistance, la distension de la vésicule ouvrira nécessairement la plaie de la paroi. En dehors de toute obstruction d'ailleurs, la vésicule se remplissant et se vidant alternativement, ces mouvements pourront suffire pour ouvrir la plaie de la vésicule ainsi réduite.

Il est assez difficile, malgré le grand nombre d'observations aujourd'hui à notre disposition, de porter un pronostic sur l'opération en général, car les faits ne sont nullement comparables et il faut, en outre, faire la part de la période de tâtonnement par laquelle il a fallu d'abord passer. Jules Bœckel signale une première différence à établir suivant qu'il y a présence ou absence de fistule biliaire : dans le premier cas la cholécystotomie serait une opération tout à fait bénigne, même si

pendant l'opération on était amené à ouvrir le péritoine, mais dans le second cas l'opération serait infiniment plus grave. Cependant en nous en tenant comme nous l'avons fait jusqu'ici aux faits dans lesquels il n'y a ni adhérence ni fistule, c'est-à-dire à ce qu'on est convenu d'appeler la cholécystotomie proprement dite (1), nous trouvons de très nombreux succès, surtout dans les faits les plus récents. Nous avons cité plus haut la statistique étonnante de Lawson Tait qui sur 13 malades opérés (le 1er en août 1879) en a encore aujourd'hui (*Brit. Med. Journ.* 3 mai 1884) onze vivants; les deux autres étant morts un certain temps après l'opération de différentes maladies. Il est certain que si l'ouverture de la vésicule non adhérente était trop grave, il faudrait commencer par provoquer artificiellement des adhérences comme on le faisait jadis, mais les faits publiés nous permettent d'espérer que nous pourrons préférer à cette méthode la cholécystotomie, infiniment supérieure au point de vue du diagnostic à porter et de l'indication à remplir.

Une autre circonstance qui aggrave singulièrement le pronostic et qui, dans la plupart des cas malheureux qu'on a publiés, a causé directement la mort, c'est que les malades chez lesquels la cholécystotomie serait indiquée, sont le plus souvent dans un état général très grave, tenant soit à la rétention biliaire soit à l'état du foie. Ces malades sont en un mot des *hépatiques*, et les travaux de M. Verneuil ont solidement établi que chez ces malades tout traumatisme accidentel ou opératoire présentait une gravité extrême. Nous trouvons effectivement plusieurs opérés qui, à la suite de leur opération, ont été pris d'hémorrhagies profuses par différentes muqueuses et qui ont succombé épuisés. Cette considération doit engager à ne pas attendre pour opérer que l'état général soit trop grave; dès que l'affection parait être au-dessus des ressources de la médecine, il faut sans plus tarder procéder à l'opération. Il sera également fort important pour ce motif de réduire le traumatisme à son minimum, aussi doit-on rejeter la résection de la paroi de la vésicule, même lorsque cette paroi, beaucoup trop large après l'évacuation de la poche, tirée en partie à l'extérieur, n'a aucune tendance à rentrer dans l'abdomen.

Il est un autre reproche que l'on peut faire à la cholécystotomie, c'est que, si dans certains cas elle remédie simplement à la rétention de la bile, dans d'autres elle crée au contraire une fistule biliaire complètement incurable. C'est dans les cas d'obstruction du canal cholédoque qu'on verra cette infirmité se produire. Non seulement le malade sera continuellement mouillé par la bile qui s'écoulera de sa fistule et qui irritera sans cesse la peau voisine, mais ce liquide ne pénétrant plus dans l'intestin, la nutrition en souffrira. D'après certains chirurgiens l'existence de ces fistules est parfaitement compatible avec une bonne santé générale et Tait a vu des malades qui depuis des années perdaient toute leur bile par ces fistules et qui néanmoins conservaient leur embonpoint. Ces résultats sont tellement contraires à ce que nous enseigne la physiologie qu'il est bon de ne les accepter que sous réserves.

C'est en vue de rétablir l'écoulement de la bile dans l'intestin que Winiwarter a imaginé de compléter la cholécystotomie dans les cas d'obstruction complète du canal cholédoque par une seconde opération (*cholécystentérostomie*) destinée à créer une voie artificielle pour remplacer le canal cholédoque. Cette opération se rapproche de l'opération que Wolfler proposa pour rétablir la continuité du tube digestif dans les rétrécissements infranchissables du pylore (gastro-entérostomie); elle consiste à souder ensemble la vésicule et une anse élevée d'intestin grêle et à pratiquer une ouverture au niveau de cette soudure. C'est en somme un mode de guérison qui se produit quelquefois spontanément sous l'influence de l'inflammation.

Nous ne décrirons pas les différentes opérations que Winiwarter dut faire subir à son malade pendant dix-huit mois pour arriver à le guérir de sa fistule ; à l'avenir il compte opérer de la manière suivante : inciser longitudinalement la paroi abdominale sur le bord interne de la tumeur biliaire, puis après exploration des voies biliaires, réunir la vésicule à l'anse la plus élevée de l'intestin grêle par une couronne de sutures ne traversant pas toute l'épaisseur des parois, puis maintenir les parties suturées dans la plaie de la paroi abdominale. Cinq jours plus tard, c'est-à-dire après un temps suffisant pour que les deux organes adhèrent l'un à l'autre, inciser longitudinalement l'intestin et aller, par cette ouverture, sectionner les deux parois adossées et soudées, puis refermer la plaie intestinale. Cette opération en deux temps, exécutée à plusieurs jours d'intervalle sur des organes aussi délicats, paraît peu pratique et il semblerait plus rationnel d'opérer en une seule séance.

Gaston (d'Atlanta) propose un autre procédé qu'il a expérimenté sur des chiens mais qui n'a pas encore été appliqué sur l'homme vivant. Après avoir incisé la paroi abdominale et exploré les voies biliaires comme dans une cholécystotomie ordinaire, il passe à travers la vésicule et une anse d'intestin grèle une ligature élastique qu'il serre et qu'il laisse en place, puis, autour de cette ligature, il place une couronne de sutures au catgut. La ligature élastique, en coupant peu à peu les tissus, va établir la communication entre la vésicule et l'intestin, et tombera d'elle-même dans l'intestin ; pendant ce temps, la couronne de sutures empêchera l'écoulement de bile dans le péritoine.

Il est assez difficile de se prononcer pour le moment sur la valeur de ces différentes opérations qui sont évidemment dangereuses et sur lesquelles on n'a encore aucune expérience. Pour savoir, avant tout, si elles sont indiquées, il faudrait connaître l'influence réelle des fistules biliaires sur la santé générale et nous avons vu que jusqu'ici il y avait désaccord parmi les chirurgiens.

Nous parlerons avec la même réserve de l'opération proposée par Langenbeck pour remplacer la cholécystotomie. Se basant sur cette notion qu'il ne sert à rien

(1) En réalité le mot de cholécystotomie devrait s'appliquer à tous les faits dans lesquels il y a section de la vésicule biliaire, qu'il y ait fistule ou non (Bœckel). Cet article n'étant qu'une simple revue, nous avons pris sans les discuter les termes employés dans les travaux que nous analysons.

d'enlever les calculs de la vésicule si on ne les empêche pas de se reproduire, il propose d'enlever la vésicule biliaire tout entière (*cholécystectomie*). L'opération est, paraît-il, assez simple ; après ouverture de la paroi abdominale par deux incisions en T, on soulève le bord libre du foie, on va à la recherche du canal cystique dont on fait la ligature, et après avoir vidé la vésicule par la ponction et avoir incisé tout autour d'elle son revêtement péritonéal, on la détache du foie par des tractions et de petits coups de ciseaux. Sur six opérés trois ont guéri. C'est surtout dans des cas de cholélithiase chronique que cette opération a été pratiquée, mais ces cas guérissent très bien par la simple incision et le drainage. Enfin, on peut faire à cette opération la même objection qu'à la réduction de la vésicule suturée : si, par hasard, on n'a pas su reconnaître une obstruction du canal cholédoque, la bile doit nécessairement rompre la ligature du canal cystique et tomber dans le péritoine. G. Maunoury.

Ouverture du cours de pathologie et de thérapeutique générales. — M. Bouchard.

Pour sa première leçon, M. le professeur Bouchard a présenté dans une large vue d'ensemble une sorte de synthèse de son enseignement antérieur. Après avoir dans ses cours des années précédentes. analysé les diverses modalités qui régissent la pathogénie des maladies, il a voulu cette fois montrer quelles étaient les relations qui unissent entre eux ces procédés pathogènes et prouver par des exemples appropriés que la maladie est en général la résultante non pas d'une, mais de plusieurs de ces causes morbifiques.

On sait que, d'après l'enseignement de M. Bouchard, l'état de maladie ne peut survenir que de quatre façons seulement : 1° par *dystrophie élémentaire primitive* [la cause pathogène (traumatisme, agent physique ou chimique, intoxication) agit directement sur la cellule qu'elle détruit ou altère]; 2° par *réflexe nerveux pathogène* [froid, influences psychiques et morales, etc., agissant sur l'organisme par l'intermédiaire du système nerveux]; 3° par *ralentissement préalable de la nutrition* [diathèses et troubles nutritifs divers]; 4° par *infection* [action sur l'organisme humain d'organismes végétaux parasitaires pathogènes].

L'étude de cette dernière classe est, on le sait, toute récente, du moins en ce qui concerne la démonstration scientifique rigoureuse; mais il ne faudrait pas croire que cette démonstration ait été jusqu'à présent fournie d'une façon péremptoire pour la plupart des maladies réputées infectieuses, loin de là; pour M. Bouchard. on ne compte chez l'homme que quatre maladies dans lesquelles la preuve du microbe spécifique ait été faite d'une façon absolue : le *charbon*, la *morve*, le *tubercule*, la *gangrène gazeuse*; pour deux encore, la *blennorrhagie* et l'*érysipèle*, cette preuve est presque faite ; quant aux autres, il n'y a que tâtonnements et incertitude.

En présence de ces notions nouvelles, le rôle du médecin a-t-il changé; doit-il se consacrer uniquement à la recherche de ces organismes? Nullement, c'est affaire aux spécialistes micrographes et teinturiers. Ce que doit se proposer le médecin, c'est d'utiliser ces données nouvelles pour étudier les conditions dans lesquelles les microbes s'emparent de l'organisme humain, la façon dont ils se comportent, les réactions de celui-ci sous leur influence ; c'est en un mot de faire de la pathologie humaine, mais de la pathologie appuyée cette fois sur une base scientifique mieux établie et plus sûre que celle dont disposaient nos devanciers.

On peut admettre en règle générale que l'organisme humain n'est pas hospitalier pour la plupart des microbes; bien qu'il en soit universellement entouré, il sait se défendre et ne se laisse pas pénétrer par eux : mais certaines conditions peuvent survenir qui le rendent vulnérable. C'est ici qu'intervient le rôle des autres procédés pathogènes, se combinant à celui de l'infection, et permettant à ce dernier de se développer.

Tantôt ce sont les *troubles préalables de la nutrition* qui préparent le terrain pour l'infection, et par suite des modifications du milieu chimique, permettent l'ensemencement du microbe; c'est ainsi que dans un champ jusqu'alors fertile, si par un défaut de drainage l'eau reste stagnante et s'altère, on ne tarde pas à voir pousser les roseaux et les joncs au détriment des autres végétaux.

Tantôt c'est la *dystrophie élémentaire primitive* qui, grâce au traumatisme, a ouvert la porte à l'*infection* et lui a fourni, par les matériaux provenant de la destruction des cellules, un terrain propre à sa pullulation; tel est le processus qui préside à la naissance d'une bonne partie des affections chirurgicales consécutives au traumatisme; souvent encore vient s'y joindre l'effet de la *réaction nerveuse pathogène* déterminée par le traumatisme en même temps que la *dystrophie élémentaire primitive*.

Tantôt enfin, c'est la *réaction nerveuse pathogène* qui permet à l'*infection* de s'établir; ne voit-on pas, en effet, sous l'influence du *coup de froid*, survenir la pneumonie, l'angine infectieuse, le rhumatisme, etc.

Mais ce n'est pas seulement avec l'infection et pour préparer celle-ci que se combinent les différents procédés pathogènes, on peut encore les voir se grouper ensemble des façons les plus diverses. Chez un individu sain, par exemple, l'action du froid (*réaction nerveuse*) n'amènera généralement pas de coryza ni de bronchite; chez un diathésique, au contraire (*ralentissement préalable de la nutrition*), ce coryza, cette bronchite arriveront à l'occasion du moindre refroidissement et seront des plus rebelles.

On sait quelle est l'influence des perturbations nerveuses liées aux troubles de la nutrition dans l'étiologie des diathèses, et ces diathèses une fois créées, les perturbations nerveuses peuvent encore avoir un rôle considérable dans l'explosion des paroxysmes, des accès propres à ces diathèses : on n'ignore pas non plus quelle action ces diathèses exercent sur l'évolution des infections (blennorrhagies interminables des arthritiques, érysipèles des scrofuleux, tuberculose des malades atteints d'affections chroniques, etc. . Or, le rôle du médecin est justement d'étudier ces actions et ces réactions si diverses, d'appliquer cette connaissance à préserver ses semblables : l'organisme humain est une place forte dont la garde lui est confiée, il doit en inspecter attentivement toutes les défenses et prendre soin qu'elles soient en bon état pour résister aux assauts du monde extérieur.

En terminant, M. le professeur Bouchard a rappelé quelle était, sur l'état de santé ou de maladie, l'influence des substances chimiques contenues dans l'organisme humain. Il a montré en quelle abondance celui-ci fabrique pendant son fonctionnement normal, des matières d'une toxicité souvent considérable (acide carbonique, acides biliaires, ferment salivaire, sucre, urée, etc.) pouvant par leur rétention amener des états pathologiques graves (asphyxie, cholérine, glycémie, urémie, etc.). Mais dans l'état de maladie, ou tout au moins lorsqu'il y a des trou-

bles de la nutrition, on voit encore se produire d'autres substances toxiques qui peuvent amener des accidents tels que l'éclampsie, le coma diabétique, le coma dyspeptique, etc. Enfin, en dehors de ces intoxications dans lesquelles le poison est fabriqué par l'organisme lui-même, il en est d'autres dans lesquelles le poison est formé dans l'organisme par des agents extérieurs (ferments, microbes qui pullulent dans le tube digestif et donnent naissance à acide carbonique, acide sulfhydrique, acides gras, alcaloïdes, scatol, phénols, ammoniaques composées et tant d'autres substances cristalloïdes et colloïdes). C'est à l'étude de ces diverses intoxications, à celle de leur rôle et de leur mode d'action dans la pathogénie des maladies que M. le professeur Bouchard consacrera son cours cette année.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 23 *mars* 1885. — Présidence de M. Bouley.

M. Vulpian fait une longue communication sur l'*excitabilité électrique du cerveau proprement dit.* — On sait que les preuves expérimentales sur lesquelles s'appuie la doctrine des localisations cérébrales sont de deux ordres : les unes sont fournies par les effets moteurs de l'électrisation de certains points de la surface cérébrale, les autres par les conséquences de l'ablation ou de la destruction des mêmes parties. On a prétendu qu'il y a des différences notables entre les effets produits, suivant que l'électrisation porte sur la surface des régions dites *centres moteurs* ou sur les fibres du centre ovale qui en proviennent; la couche corticale serait dans ces points plus excitable que les fibres nerveuses qui en partent. M. Vulpian, à l'aide d'un dispositif expérimental particulier, a vu au contraire que l'excitabilité de la surface du gyrus sigmoïde est plus faible que celle des fibres correspondantes du centre ovale. D'autre part, il regarde comme erronée l'opinion de MM. Fritsch et Hitzig, laquelle établit une autre différence entre l'excitation de l'écorce et celle des parties sous-jacentes ; l'électrisation électrique et prolongée de la surface des points excitables produirait des attaques épileptiformes, celle des faisceaux blancs partant de ces points ne donnerait jamais le même résultat. M. Vulpian déclare qu'il a produit l'attaque par l'excitation de ces faisceaux. même lorsqu'il a préalablement détruit, à l'aide du thermocautère, toute la substance grise corticale des régions excitables du cerveau.

M. G. Ferré, dans une note présentée par M. Paul Bert, donne les résultats de ses recherches sur les *ganglions intra-rocheux du nerf auditif chez l'homme.* — Ces ganglions sont au nombre de trois : l'un est situé sur le nerf vertibulaire, c'est le ganglion de Scarpa ; le second sur le faisceau externe de l'éventail du nerf cochléaire ; le troisième est disposé en spire tout le long de la lame spirale, c'est le ganglion de Rosenthal ou de Corti. Tous les filets issus du nerf auditif vont donc passer par une couche de cellules ganglionnaires. Cette couche est unique, on ne trouve pas de cellules nervenses ganglionnaires dans les terminaisons de l'auditif. Les trois ganglions nerveux forment ainsi une zone de cellules analogue à l'une de celles que l'on retrouve dans la rétine, probablement à celle des cellules multipolaires.

M. Verrier a étudié les anomalies symétriques des doigts et le rôle que l'on pourrait attribuer à l'atavisme dans ces anomalies.

L'Académie procède à la nomination d'un correspondant pour la Section de médecine et de chirurgie, en remplacement de M. Bouisson. Sir James Paget est élu par 38 suffrages contre 2 à M. Lister et 1 à M. Leudet.

Paul Loye.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 28 *mars* 1885. — Présidence de M. d'Arsonval.

M. Rabuteau fait une communication de laquelle il résulte que les métaux sont d'autant plus toxiques que leur poids atomique est plus élevé et que leur chaleur spécifique est plus faible Cette découverte lui a donné la clef d'un problème qu'il cherchait depuis longtemps à résoudre : pourquoi le lithium tuait-il par convulsions de même que la strychnine? C'est que leur chaleur spécifique est la même. A ce sujet, il s'engage une discussion à laquelle prennent part MM. d'Arsonval et Grimaux, le premier se plaçant au point de vue de l'électricité, le second parlant de la variabilité des chaleurs spécifiques. M. Rabuteau répond en repoussant l'assimilation prématurée que l'on veut faire avec l'électricité : et dit que, si les chaleurs spécifiques sont variables, la loi qui les régit ne reste pas moins inattaquable.

M. Brown-Séquard parle des différences d'effets produits par des excitations cutanées de même nature et de même intensité. Ces excitations n'ont pas besoin d'être très douloureuses pour produire des effets considérables; les réflexes partis de l'intestin et qui occasionnent la syncope ne sont pas douloureusement ressentis.

M. Dumontpallier a déjà rapporté qu'on pouvait faire cesser un point de côté douloureux siégeant à droite du thorax en mettant un vésicatoire sur le côté gauche. Malgaigne n'a-t-il pas dit qu'on guérissait la sciatique en cautérisant l'hélix. Il est heureux de constater que, dans cette question, la médecine et la physiologie sont d'accord.

M. Baillet présente à la Société des photographies d'un veau à tête de boule-dogue. Il a eu occasion d'observer plusieurs cas de ce genre. Dans tous. en même temps qu'il y avait atrophie de la face, on notait également le raccourcissement des membres postérieurs et la communication des voies urinaires avec les voies génitales.

M. Vignal pense, malgré l'opinion de M. Baillet, que l'on peut très bien expliquer ces malformations par le mécanisme décrit par M. Dareste : la compression par les eaux de l'amnios dévié de son type normal.

M. Blanchard prenant acte de ce que le plus vieil animal observé par M. Baillet n'avait pas plus de deux mois, demande si l'on doit admettre cette race de bœufs *niata* à museau court qui, paraît-il, existe ou aurait existé au Mexique. Il est bien probable qu'il ne s'agit là que d'individus isolés.

M. Ch. Féré communique une note sur l'*obélion du gorille.* — Après avoir rappelé l'importance de la région obéliale chez l'homme au point de vue de l'évolution anatomique et de la pathologie, M. Féré montre que chez le jeune gorille mort au Muséum, il existe un os wormien occupant le siège de la fontanelle de Gerdy et présentant exactement la même forme. Cet os se rencontre assez fréquemment chez l'homme et sa forme est caractéristique ; mais il n'avait jamais été signalé jusqu'ici ni chez les singes ni chez les anthropoïdes. Sa présence indique une analogie de développement entre le crâne de l'homme et le crâne du gorille. Gilles de la Tourette.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 31 *mars* 1885. — Présidence de M. Bergeron.

M. Cornil fait une communication sur le *rhinosclérome.* Le rhinosclérome est un épaississement qui siège dans la cloison nasale, la lèvre supérieure, les narines, les fosses nasales, et s'étend à la lèvre supérieure, au pharynx, au larynx. en produisant un rétrécissement de cet organe. Cet épaississement affecte la forme de plaques ou de tumeurs. et renferme des micro-organismes. à l'occasion desquels M. Cornil se propose d'insister. Ce sont des bâtonnets courts ayant de 2 1/2 à 3 μ de longueur sur 0,4 à 0,5 μ de largeur, et présentant des grains. Traités dans des liquides colorants, ils se présentent sous la forme d'ovoïdes,

dont la périsphère est formée d'une capsule très nette. Au centre de cette capsule est le bâtonnet, autour duquel il existe une bosse claire. En un mot, ces bacilles possèdent des réactions et une forme propres ; ils possèdent une capsule dure.

M. DURAND-CLAYE fait une communication sur les épidémies de fièvre typhoïde et de choléra à Paris. M. Durand-Claye soumet à l'Académie une série de courtes statistiques relatives aux épidémies de fièvre typhoïde et de choléra qui se sont montrées à Paris depuis ces dernières années.

M. LE FORT fait une communication sur l'*influence des pansements antiseptiques dans l'érysipèle et la fièvre puerpérale*. M. Le Fort partage les opinions de MM. Gosselin, Verneuil, A. Guérin, etc., sur les pansements antiseptiques. Dans le but de combattre l'érysipèle, il s'est efforcé d'éviter l'irritation des plaies, la stagnation du pus, les fréquentes explorations. Grâce à tous ces soins, M. Le Fort n'a eu à enregistrer que 20 décès par érysipèle, dans un espace de 17 ans.

M. PÉAN rapporte l'observation d'une malade, âgée de 38 ans, à laquelle il a pratiqué l'*ablation d'une volumineuse tumeur encéphaloïde du rein droit*. Cette opération fut pratiquée par la voie abdominale. Après écartement des anses intestinales et après la section du mésentère, la tumeur fut morcelée. L'opération a duré une heure et demie environ et la guérison est complète.

M. CORNIL lit un rapport officiel sur le *prix Daudet*.

A. JOSIAS.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 11 juillet 1884. — PRÉSIDENCE DE M. CORNIL.

6. Note sur un rapport peu connu du récurrent gauche
par H. CHAPUT, interne des hôpitaux.

En disséquant un cadavre de *nouveau-né*, nous avons constaté par hasard un rapport du récurrent gauche que nous n'avons pas trouvé signalé dans les auteurs classiques d'anatomie, ni même d'embryologie. Nous avons constaté sur dix fœtus la même disposition sans jamais rencontrer d'exception, de telle sorte que nous considérons ce rapport comme normal.

Voici en quoi il consiste : Sur le cœur d'un fœtus de six mois, on voit partir de la base du cœur la crosse de l'aorte et le canal artériel. Ce dernier, après avoir décrit au-dessous de la crosse aortique une courbe sensiblement parallèle, va se jeter dans l'aorte descendante. Le pneumo-gastrique gauche passe au-devant de la crosse aortique et de l'aorte descendante. Un peu avant que de passer à la partie antérieure du canal artériel, on voit s'en détacher à angle aigu le nerf récurrent qui se recourbe de bas en haut, et embrasse dans sa concavité non pas la crosse de l'aorte, mais celle du canal artériel. Le reste de son trajet présente absolument les mêmes rapports que chez l'adulte. Cette disposition, disons-nous, est constante. Nous l'avons constatée chez dix fœtus. Bien plus, nous avons trouvé au musée Orfila, sous le n° 167, un modelage en cire du Dr Halma-Grand, représentant les viscères d'un enfant de neuf mois. Sur cette pièce, le canal artériel a déjà commencé à s'atrophier, mais on voit encore le récurrent passer dans sa concavité.

Nous avons fait des recherches sur plusieurs mammifères : le veau, le lapin, le mouton, le chat, et dans tous les cas, nous avons constaté sur ces fœtus le même rapport que nous avions observé sur l'homme. Cherchant à pénétrer la signification de ce rapport, nous avons vite compris qu'il était lié au développement des arcs aortiques et à la descente du cœur. Autrement dit, le nerf laryngé inférieur serait à l'origine un nerf à direction transversale. Ultérieurement, par suite du déplacement relatif du cœur, il se trouverait peu à peu attiré dans la poitrine, de là cette disposition récurrente. Du côté droit, si le récurrent embrasse la sous-clavière droite, c'est parce qu'elle est le seul vestige des arcs aortiques droits. A gauche, le récurrent embrasse d'abord le canal artériel, puis, celui-ci s'atrophiant, il embrasserait plus tard l'aorte, seul vestige des arcs aortiques gauches.

Cette théorie, qui d'ailleurs n'est pas nouvelle et a été fort bien exposée dans la thèse de Cusset sur les arcs branchiaux, trouve des arguments dans certains cas d'anomalies des gros vaisseaux qui naissent de l'aorte.

Nous avons trouvé, en effet, au musée Orfila deux pièces dans lesquelles la sous-clavière droite est anormale. Dans ces conditions, le récurrent droit n'existe pas à l'état du nerf *récurrent*, c'est simplement un nerf transversal ou légèrement oblique en haut et en dedans.

Voici d'ailleurs la note explicative de ces deux pièces :

N° 54. Absence du tronc brachio-céphalique, entraînant celle du récurrent droit. L'artère sous-clavière droite naît à gauche de la crosse de l'aorte, passe derrière la trachée, pour prendre la position habituelle. Le pneumo-gastrique droit fournit les filets qui, ordinairement, naissent du nerf récurrent. (*Demarquay*.)

N° 52. Le tronc brachio-céphalique manque. Les deux carotides primitives naissent par un tronc commun et les deux artères sous-clavières par un tronc séparé. Toutes deux naissent au-dessous du tronc commun aux deux carotides. L'artère sous-clavière droite, pour venir occuper sa place ordinaire, est obligée de se recourber de gauche à droite, pour passer ensuite entre la colonne vertébrale et l'œsophage, qu'elle embrasse dans la concavité de sa courbure. Il y a en outre, à droite, absence du nerf récurrent laryngé. Ces filets sont directement fournis par le pneumo-gastrique. (*Houel* et *Demarquay*.)

Les anomalies artérielles des sous-clavières sont une preuve indirecte de la réalité de la théorie que nous soutenons, savoir que la disposition récurrente des laryngés inférieurs est due à la migration du cœur, qui tire sur ces nerfs par ses arcs aortiques, qui sont recourbés comme des crochets, semblent destinés à saisir et attirer les nerfs laryngés inférieurs. Il semblait à première vue qu'on devait en trouver une preuve chez les animaux qui présentent par exemple deux arcs aortiques persistants, comme les poissons et les batraciens. Mais chez les poissons, le récurrent n'existe pas puisque les animaux n'ont pas de larynx. D'autre part, l'examen de la grenouille reste négatif. Sur le conseil de M. le professeur Cornil, nous avons ouvert une grenouille et l'avons placée pendant une heure dans une solution d'acide osmique au 1/200. Nous avons pu constater que le pneumo-gastrique n'existe pas chez cet animal et se trouve remplacé par le grand sympathique.

Parmi les branches de ce dernier, on en voyait quelques-unes qui se dirigeaient transversalement vers le larynx. Il semble au premier abord que cette direction transversale soit caractéristique, puisque chez la grenouille le cœur se trouve situé à la hauteur de la glotte, presque sous le plancher de la bouche. Mais en réalité cette disposition ne prouve rien, parce que le grand sympathique est toujours en arrière de la trachée et, à plus forte raison, en arrière du cœur : chez les mammifères, au contraire, c'est parce que le cœur est situé entre le pneumo-gastrique et la trachée, que les nerfs laryngés sont fatalement accrochés au passage lors de la descente du cœur.

Peut-être la pathologie n'aura-t-elle jamais l'occasion d'utiliser ces données, bien que l'on puisse supposer des altérations pathologiques, soit de la sous-clavière droite présentant quelqu'une des anomalies précédentes, soit du canal artériel persistant anormalement. Toujours est-il, cependant, que ces faits nous permettent de comprendre la raison de la récurrence de certains autres nerfs ; nous voulons parler du nerf de la tente du cervelet et de la corde du tympan qui, pendant un certain temps, remonte comme le récurrent, pour redescendre ensuite.

La descente du cœur est en effet un mot imaginé pour faire comprendre que, par suite du développement inégal de certaines parties, des organes qui se correspondaient antérieurement, sont plus tard à des hauteurs différentes. En réalité, c'est parce que le cou s'allonge que le récurrent est obligé de se diriger de bas en haut, retenu qu'il est par

les arcs aortiques. C'est sans doute par un procédé analogue que la corde du tympan devient récurrente, et voici comment : on sait qu'à la naissance, l'apophyse mastoïde n'existe pas ; elle ne se développe que plus tard, tandis que les autres parties du rocher n'augmentent ni dans les mêmes proportions, ni dans la même direction.

En même temps que l'apophyse mastoïde, le conduit stylo-mastoïdien s'allonge. Le tronc stylo-mastoïdien situé, chez le nouveau-né, immédiatement contre la paroi inférieure et sur le même plan que la paroi externe de la caisse, se trouve chez l'adulte à 1 centimètre plus bas et plus en dehors. Tandis que la partie du facial située dans le trou stylo-mastoïdien est forcée de s'allonger, la corde du tympan reste fixée par ses conduits osseux, qui ne subissent pas les mêmes déplacements, de là sa direction récurrente.

On peut appliquer le même raisonnement au nerf de la tente du cervelet. On sait, en effet, qu'au début de la formation de l'encéphale, les vésicules encéphaliques se trouvent pour ainsi dire superposées. Ultérieurement, elles se développent pour ainsi dire d'arrière en avant. C'est vraisemblablement lors de cette migration que le nerf de la tente du cervelet se dirige d'avant en arrière.

L'évolution des arcs aortiques et les rapports des récurrents qui en dépendent sont encore un argument en faveur de la précocité du développement de ces nerfs. Il est en effet indispensable que ces nerfs préexistent sinon au développement des arcs aortiques, tout au moins à la migration du cœur, qui se fait à une époque très rapprochée du début du développement de l'embryon.

7. Cirrhose du poumon. — Dilatation des bronches. — Broncho-pneumonie aiguë, par A. Gilbert, interne des hôpitaux.

Bus...., Justine, 48 ans, couturière, entrée le 10 mai 1884. à l'hôpital Tenon, salle Colin, n° 4.

Antécédents. Nombreuses et profondes cicatrices strumeuses au cou. Il y a deux ans, aux environs de Pâques, fluxion de poitrine du côté gauche, pour laquelle séjour pendant deux mois à l'hôpital Tenon. Depuis lors, la malade ne s'est jamais bien portée ; elle s'essoufflait facilement et souffrait assez fréquemment. Il y a quelques semaines, *hémoptisie abondante* ; le sang expectoré était d'un rouge vif.

Début. Le dimanche soir, 4 mai, sortie d'un endroit très chaud par la pluie ; immédiatement, frissons répétés et douleur dans le côté droit. La malade s'est mise au lit, qu'elle n'a plus quitté. Elle a fait venir un médecin, qui lui a appliqué un large vésicatoire en arrière et à droite de la poitrine.

État actuel (10 *mai soir*). Point de côté intense au niveau du sein droit, dyspnée extrême, toux fréquente, crachats spumeux et blanchâtres. L'inspection de la poitrine ne décèle l'existence d'aucun signe anormal. La percussion indique de la matité en avant et à droite, sous la clavicule, dans une étendue de quatre travers de doigt ; en arrière et à droite, au niveau des fosses sus et sous-épineuses ; en arrière et à gauche, dans les deux tiers inférieurs de la poitrine. La palpation révèle une augmentation des vibrations vocales au niveau des points mats. A l'auscultation de la respiration, on trouve dans l'étendue des zones mates à la percussion et vibrantes à la palpation, un souffle tubaire accompagné à droite de nombreux râles sous-crépitants fins, moyens et gros, ainsi que des râles ronflants et sibilants, et à gauche de quelques râles sonores. A l'auscultation de la voix, on perçoit une bronchophonie manifeste au sommet droit, en avant et en arrière, et à la base gauche en arrière.

Langue sèche, recouverte d'un épais enduit jaunâtre. Inappétence, soif vive. Ventre un peu ballonné et non douloureux. Diarrhée abondante. Foie et rate normaux. Pas d'albumine dans les urines. Céphalalgie. Abattement marqué. Insomnie complète depuis deux jours. Pommettes congestionnées. Epistaxis dans le courant de la journée. Pas de souffle au cœur. T. 40°.

11 *mai* matin. Même état local et général. R. 40. P. 140. T. 40°,4.

Diagnostic : Broncho-pneumonie pseudo-lobaire bilatérale. — Traitement : Bouillon, lait, pectorale chaude ; 20 ventouses sèches matin et soir sur la poitrine. Julep avec sirop diacode, 30 gr., et kermès, 50 centigr. Julep avec rhum, 40 gr., et extrait de quinquina, 4 gr. Sulfate de quinine, 1 gr. en deux paquets, à prendre l'un le matin et l'autre le soir. — Soir, T. 41°, 2.

12 *mai* matin. Les signes physiques ne se sont point sensiblement modifiés. Abattement plus marqué. R. 52. P. irrégulier, 128. T. 40°,8. On ajoute au traitement une potion avec 1 gr. 50 de teinture de digitale. — Soir, T. 41°,4.

12 *mai* matin. La malade est à l'agonie. R. 60. P. 152. T. 40°,8. — Mort à midi.

Autopsie. — Poumons et plèvres : 1° A droite, les feuillets de la plèvre droite sont recouverts, dans leur partie la plus élevée. de quelques exsudats fibrineux. Le poumon droit offre dans sa moitié supérieure les lésions de la broncho-pneumonie pseudo-lobaire aiguë. Il est congestionné dans sa moitié inférieure. 2° A gauche, les deux feuillets de la plèvre gauche sont unis sur un grand nombre de points par de fausses membranes assez lâches ; ils sont intimement soudés au niveau du tiers moyen du bord postérieur du poumon. Le poumon gauche est atrophié en totalité. ses alvéoles sont affaissées, son tissu a perdu sa crépitation. Au niveau du tiers inférieur de son bord postérieur, il est complètement cirrhosé, uniformément transformé en un tissu grisâtre, lourd, compacte, criant sous le scalpel, sans dilatation des bronches. Au niveau du tiers moyen de son bord postérieur, c'est-à-dire dans les limites de la plaque de symphyse pleurale, il présente un aspect aréolaire dû à la dilatation des ramifications bronchiques correspondantes. La dilatation porte exclusivement sur les fines ramifications bronchiques ; les bronches de moyen et de gros calibre sont saines. Elle est assez régulièrement cylindrique et relativement considérable ; le diamètre des bronches dilatées varie entre un centimètre et un centimètre et demi. La paroi des bronches ectasiées est violacée, lisse, sans ulcérations ni plaques gangréneuses ; leur cavité contient une minime quantité de liquide muqueux et transparent. Le tissu pulmonaire interposé aux bronches dilatées a disparu, si bien que celles-ci sont immédiatement juxtaposées.

Autres organes : Le cœur pèse 280 grammes ; le ventricule droit paraît un peu hypertrophié : le foie, la rate, les différents départements du tube digestif et les reins sont sains ; le cerveau est un peu congestionné.

Examen histologique. Il a porté sur deux points : 1° sur le tissu pulmonaire sclérosé ; 2° sur les parois des bronches dilatées.

1° *Tissu pulmonaire sclérosé.* Durci, coupé, coloré par les procédés ordinaires, il nous a offert les lésions suivantes :

Les alvéoles ont presque complètement disparu ; ceux qui subsistent sont affaissés et remplis d'éléments cellulaires de forme polygonale. Les bronchioles ne sont pas dilatées ; leur épithelium. assez bien conservé, a presque entièrement perdu ses cils vibratiles ; leur paroi a subi la transformation fibreuse, et les cartilages qu'elle renferme sont les uns normaux, les autres granuleux, vasculaires et en voie de disparition. Le parenchyme pulmonaire a fait place à un tissu fibreux adulte renfermant des cellules embryonnaires et des fibres élastiques ; les cellules embryonnaires sont assez nombreuses, principalement disposées sous forme d'agglomérats au pourtour de quelques vaisseaux ; les fibres élastiques sont disséminées en grand nombre au milieu du tissu de sclérose ; sur certains points, elles s'amassent pour constituer de petits îlots purement élastiques ou des nappes étendues. Le développement remarquable du tissu élastique peut être facilement constaté sur des coupes colorées au picro-carmin, mais il est plus frappant encore sur des coupes préparées suivant le procédé de M. Balzer, c'est-à-dire colorées par l'éosine alcoo-

lique, puis lavées et montées dans une solution de potasse.

Au sein du tissu fibro-élastique qui s'est substitué au parenchyme pulmonaire, les artères montrent des parois d'un grande épaisseur. Il est facile de s'assurer, au moyen des procédés de coloration habituels, et au moyen de celui de M. Balzer, que l'épaississement des parois artérielles est dû tantôt à une hypertrophie des fibres musculaires, tantôt et le plus souvent à un développement considérable des fibres élastiques, qui, nombreuses et volumineuses, dessinent au pourtour de la lumière des vaisseaux des festons concentriques. Les capillaires sont pour la plupart dilatés et présentent une paroi un peu épaissie.

2° *Paroi des bronches dilatées.* Sur des coupes pratiquées perpendiculairement à leur axe, colorées au picrocarmin et examinées à un faible grossissement, les parois des bronches dilatées montrent plusieurs faits importants. Leur texture normale est méconnaissable; elles sont essentiellement formées de tissu conjonctif, de cellules embryonnaires et de vaisseaux largement dilatés; elles sont sur quelques points hérissées de bourgeons mamelonnés digitiformes ou pédiculés, sortes de polypes microscopiques qui repoussent l'épithélium, s'en coiffent et font dans la cavité bronchique une saillie plus ou moins considérable.

L'examen à un fort grossissement permet d'étudier les modifications subies par les différents éléments des parois bronchiques et de reconnaître l'importance de la diapédèse et des lésions vasculaires.

A. Cellules épithéliales : Elles sont presque partout conservées avec leurs caractères normaux. Sur quelques points, elles font complètement défaut; sur d'autres, elles sont notablement modifiées : elles ont perdu leurs plateaux ainsi que les cils qu'ils supportaient, et se terminent du côté de la cavité bronchique par une extrémité effilée; de plus, écartées les unes des autres par suite de la distension de la paroi par laquelle elles s'implantent, et dès lors incapables de se soutenir l'une l'autre, elles affectent les directions les plus variées.

B. Fibres musculaires : Elles ont en partie disparu : à la place qu'elles occupaient existe un réseau de capillaires dilatés.

C. Fibres élastiques : Lorsqu'on emploie les procédés ordinaires, on ne peut se rendre un compte exact de la disposition et du nombre des fibres élastiques. Par le procédé de M. Balzer, on peut facilement se convaincre qu'elles sont nombreuses et individuellement inaltérées. Elles ne forment plus au pourtour de la cavité bronchique un anneau continu ; celui-ci est comme rompu et dissocié.

D. Cartilage : Nous n'en avons trouvé aucune trace dans les coupes que nous avons pratiquées.

E. Glandes : Elles sont très peu nombreuses dans les différentes bronches que nous avons examinées. L'épithélium des acini glandulaires est gonflé et globuleux.

F. Tissu conjonctif : Il est assez abondant et forme pour ainsi dire le squelette des bronches dilatées. Il renferme l'anneau élastique rompu et les débris des fibres musculaires; il est infiltré de cellules embryonnaires et contient d'innombrables vaisseaux d'un large calibre.

G. Cellules embryonnaires : Elles sont disséminées dans toute l'épaisseur de la paroi bronchique; elles forment des amas serrés dans sa zone superficielle ou sous-épithéliale et dans les saillies polypiformes. Elles se montrent particulièrement abondantes au pourtour des vaisseaux.

H. Vaisseaux : Les artères ont généralement des parois un peu épaissies; la plupart d'entre elles sont, ainsi que les veines, dilatées et remplies de globules sanguins. Les capillaires sont innombrables; le réseau qu'ils forment est un peu moins développé dans les parties profondes de la paroi bronchique et dans la zone musculaire que dans les régions superficielles et dans les saillies polypiformes. Sur beaucoup de points, ils arrivent jusque sous l'épithélium qu'ils soulèvent parfois; sur quelques-uns même, ils font saillie dans la cavité bronchique sans interposition de la couche épithéliale interrompue à leur niveau. Il est impossible d'assigner aux capillaires une direction prédominante, sauf dans les saillies polypiformes ou sur des coupes pratiquées perpendiculairement à l'axe des bronches, les plus gros capillaires se montrent sectionnés suivant leur longueur. Ils affectent les formes les plus variées; les uns, régulièrement cylindriques, sont rectilignes ou tortueux; les autres présentent des dilatations en ampoule ou en fuseau, isolées ou multiples. Leurs dimensions sont extrêmement variées; un certain nombre d'entre eux ont conservé des dimensions normales, mais la plupart, énormément dilatés, sont devenus visibles à un moyen ou même à un faible grossissement. Quelques-uns ont acquis un diamètre tellement considérable (300 μ et au delà), qu'ils sont devenus facilement perceptibles à la loupe ou même à l'œil nu. Par places, les capillaires sont si nombreux et si dilatés, que la paroi bronchique prend l'aspect d'un angiome. La structure des capillaires ne paraît pas modifiée; leur paroi mince est semée de noyaux de distance en distance: ils sont presque tous remplis d'hématies, au milieu desquelles on distingue quelques leucocytes.

8. M. Monnier montre un petit anévrysme de la crosse de l'aorte qui communiquait avec la trachée par un trajet fistuleux relativement large. Il s'était fait des hémoptysies. La trachéotomie n'avait pas diminué la suffocation.

Le récurrent gauche était certainement altéré; le pouls était à 200, et il est probable que la lésion de ce nerf était la cause de la dyspnée extrême que l'on avait observée, dyspnée qui s'expliquait insuffisamment par les lésions pulmonaires et la compression de la trachée.

Elections. — MM. Durand-Fardel, Valude, Broca, Jardet et Levêque sont nommés membres adjoints. — La séance est levée.

Séance du 3 Octobre 1884. — Présidence de M. Cornil.

1. M. Picqué présente les pièces anatomo-pathologiques d'un homme atteint de *perforation du voile du palais* qui a succombé avec des phénomènes cérébraux. A l'autopsie, on a trouvé une sorte d'éburnation du rocher avec épaississement des méninges constituant une sorte de pachyméningite fibreuse. Ce serait là une lésion tuberculeuse. Les poumons n'ont pas pu être examinés.

MM. Balzer et Chauffard font observer qu'il pourrait s'agir de lésions syphilitiques, ce qu'il serait important de déterminer.

2. Prix Godard. Deux mémoires sont déposés pour concourir au prix Godard: 1° Une Etude sur la *méningite tuberculeuse* de l'adulte par M. Chantemesse; 2° Un mémoire sur l'*atrophie cérébrale*, par MM. Ernst Jeuchassek et B. Marie. MM. Quinquaud, Quénu, Brissaud, Chauffard et Letulle, membres titulaires, sont désignés pour constituer la commission chargée d'examiner les mémoires déposés.

Séance du 10 octobre 1884. — Présidence de M. Cornil.

3. Cancer du sein. — Généralisation dans les os du crâne. — Paralysie faciale a frigore concomitante; par A. Broca, interne des hôpitaux, aide d'anatomie à la Faculté.

Hareng, Cécile, 54 ans, couturière, entrée le 10 septembre à l'hôpital Saint-Louis, salle Henri IV.

Cette femme a été admise à l'hôpital pour des troubles cérébraux assez mal déterminés. D'aspect non cachectique, d'un embonpoint suffisant, elle présentait un affaiblissement notable des mouvements dans les quatre membres. En outre, il y avait une paralysie complète du facial droit, avec participation de l'orbiculaire des paupières. Il était impossible à la malade de fermer complètement l'œil droit. Elle ne pouvait dire depuis quand elle avait la face ainsi paralysée. Cela semblait toutefois relativement ancien. La parole était bien conservée, mais il existait un état d'hébétude des plus caractérisés, et on ne pouvait obtenir de réponses nettes. On n'observait rien d'anormal dans la vision non plus que dans le mouvement de l'œil. Il n'y avait

aucune exophthalmie; les deux pupilles étaient égales. La malade n'accusait aucune douleur. Réflexe rotulien normal.

On pouvait songer à des accidents cérébraux de nature syphilitique. Le corps de la malade, examiné dans toute son étendue, ne présentait aucune marque que l'on pût rapporter à la vérole. Mais à la région mammaire droite, il existait une cicatrice transversale, adhérente aux côtes, soulevée à son extrémité interne par un bourgeon gros comme une noisette; la partie moyenne du sternum était un peu inégale. La malade raconta alors qu'elle avait été opérée d'un cancer du sein dans le service de M. Péan. (Les registres de l'hôpital la portent entrée le 28 mars 1884 et sortie le 7 mai 1884). Enfin, en palpant le crâne on constatait à la région pariétale droite, empiétant sur le frontal et remontant presque jusqu'à la suture sagittale, l'existence d'une tumeur dure, inégale, bosselée, adhérente aux téguments ; à sa palpation, la malade ne donnait aucun signe de souffrance.

Le diagnostic pouvait dès lors être établi : il s'agissait d'un cancer secondaire des os du crâne, causant des accidents de compression cérébrale. La tumeur siégeant à droite, du même côté que la paralysie faciale, il fallait admettre un envahissement du rocher droit. Cela rendait compte également de la paralysie de l'orbiculaire, indiquant une paralysie faciale périphérique.

Le lendemain, même état. Le surlendemain 12 septembre, le coma était à peu près absolu; la malade marmottait quelques mots vides de sens. Quand on la pinçait, elle retirait le membre pincé. En outre, du côté de l'œil droit il y avait un léger degré d'exophthalmie; le globe oculaire était immobile; l'iris était dilaté et immobile à la lumière; du côté opposé, il se contractait d'une manière évidente quand on approchait une lumière.

13 septembre. Coma absolu. Résolution complète. Insensibilité. L'exophthalmie a un peu augmenté. Morte le 14 septembre à 1 heure de l'après-midi.

Autopsie pratiquée le 15 septembre à 1 heure de l'après-midi. La cicatrice de l'opération antérieure présente à sa partie interne un bourgeon gros environ comme une noisette. Elle est adhérente aux plans profonds et on constate que la dégénérescence carcinomateuse a envahi la paroi costosternale. Toute la partie moyenne du sternum, l'extrémité externe des côtes droites de la 3e à la 6e sont remplacées par un tissu blanc, assez résistant, mais se laissant couper au scalpel. Sous eux la plèvre n'est pas envahie, sauf à droite, en un point limité et là il y a adhérence de la plèvre pariétale à la plèvre pulmonaire, que la néoplasie commence à gagner. Derrière le sternum, il y a une saillie notable, sous-périostique. Dans les poumons existent, à la surface, quelques petits nodules blancs, indurés. Le péricarde, le cœur sont sains.

Cavité abdominale. La paroi abdominale présente une couche adipeuse d'une grande épaisseur. Le mésentère, les épiploons sont également surchargés de graisse. *Foie.* La face convexe présente quelques petits points blanchâtres, non saillants. Une incision pratiquée à leur niveau montre des noyaux arrondis, gros comme des noisettes, dont la coupe a une coloration blanc rosé. D'assez nombreux noyaux semblables se voient dans l'épaisseur du foie. A la face inférieure du lobe gauche il y a deux saillies grosses comme des noix, ombiliquées à leur centre, correspondant à des masses identiques aux précédentes. Rien dans les *reins*, dans la *rate* ni dans le tube gastro-intestinal. La paroi antérieure de la colonne vertébrale, mise à nu dans toute sa longueur, ne présente rien d'anormal.

Crâne. Le néoplasme a envahi à peu près toute la moitié droite du frontal, et toute la fosse temporale correspondante, en remontant notablement sur le pariétal. A ce niveau, la peau est adhérente. Dans la fosse temporale, la tumeur descend jusqu'à l'arcade zygomatique environ sous la face profonde du muscle temporal, dont les couches superficielles sont indemnes. Aucune trace de tumeur ne peut être constatée plus bas, et, en particulier, le facial au niveau du trou stylo-mastoïdien est absolument sain. A la face interne du crâne, la tumeur forme une saillie notable, mamelonnée. Elle a envahi la voûte orbitaire et vient comprimer les organes de cette cavité. Autour d'elle, sous la dure-mère, dans une zone assez étroite, on voit quelques noyaux isolés, gros comme des lentilles environ. Le rocher, entamé d'abord par un trait de scie longitudinal puis fendu par éclatement, ne présente aucune lésion. Les *méninges* n'offrent pas trace d'inflammation. Au niveau de la tumeur elles ne sont pas adhérentes, sauf en un point très limité et le tissu cérébral est simplement refoulé.

Réflexions. La femme qui fait le sujet de cette observation a certainement succombé à des phénomènes de compression cérébrale. Déjà on pouvait le penser avant l'autopsie, vu l'absence totale de phénomènes inflammatoires pendant la vie de la malade. Sans doute on a vu des tumeurs autrement volumineuses que celle-ci passer à peu près inaperçues, ne pas produire de compression manifestée cliniquement. Mais la région bulbaire était saine; l'examen anatomique a fait voir également que les méninges n'étaient pas enflammées. La compression cérébrale reste donc seule admissible. Dès lors on peut s'étonner que cette compression s'exerçant précisément sur la région psycho-motrice fronto-pariétale, on n'ait observé aucun trouble de mouvement dans le côté gauche du corps. Etant donnée l'intégrité de la substance cérébrale au niveau du néoplasme, le fait qui nous occupe est comparable à certains cas de compression traumatique. Or, le dernier mot est loin d'être dit sur cette question, qui ne nous attardera pas davantage.

Le point que nous désirions signaler spécialement est relatif à la paralysie faciale. L'autopsie est venue démentir notre diagnostic : nous pensions que le rocher était envahi et que le facial était ainsi altéré par le cancer. Un examen minutieux du rocher n'a pu nous faire voir aucune masse néoplasique ; rien n'existait non plus sur le trajet du facial soit avant son entrée dans le trou auditif, soit après sa sortie du trou stylomastoïdien. La malade, nous l'avons déjà dit, n'avait donné aucun renseignement sur le mode d'apparition de cette paralysie. On était donc réduit aux hypothèses. Sans doute, la paralysie du filet de l'orbiculaire se serait bien expliquée par l'existence d'un petit noyau superficiel siégeant, à la partie supérieure de la région parotidienne, une petite masse semblable pouvait fort bien avoir échappé et elle n'eût pas été bien éloignée de la tumeur constatée dans la fosse temporale. Mais alors il aurait fallu la coïncidence, par une cause quelconque, d'une paralysie centrale, du facial inférieur.

Une autre hypothèse exigeait également le concours d'une coïncidence curieuse : on pouvait penser à une paralysie *a frigore*, survenue à une époque indéterminée. C'est là, pensions-nous, l'explication la plus vraisemblable. Elle est plus naturelle que celle qui consiste à admettre qu'une paralysie centrale, de cause inconnue, a été complétée par un noyau cancéreux erratique, providentiellement développé sur le trajet du filet de l'orbiculaire, pour le plus grand embarras de la clinique (1).

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 27 mars 1885. — Présidence de M. Guyot.

MM. Talamon, Ballet et Brault remercient par lettre de leur nomination comme membres titulaires de la Société.

M. Rendu complète l'observation d'anévrysme de l'aorte

(1) Il m'a été permis de vérifier plus tard l'exactitude de cette opinion. J'ai pu voir la fille de la malade, et elle m'a racontée que sa mère était atteinte de paralysie faciale depuis environ deux mois. La paralysie, complète dès le premier jour et légèrement amendée dans la suite, était survenue brusquement, le lendemain d'un jour où la femme avait pris froid sur l'impériale d'un tramway. J'ai appris en même temps qu'avant l'opération, la malade portait déja une petite grosseur à la voute cranienne ; elle s'en était aperçue par hasard, en portant la main à la tête. Si le fait eût été porté à la connaissance du chirurgien, il est probable que l'ablation du sein n'eût pas été pratiquée.

qu'il avait présentée à la Société dans une précédente séance. Le seul signe de l'anévrysme avait été l'absence de pouls radial et de pouls carotidien du côté gauche. On pouvait donc légitimement croire à un simple athérome artériel.

M. RICHARD communique un cas de guérison de diphtérie par les fumigations de goudron et de térébenthine.

M. TROISIER présente un malade atteint de cysticerques; on peut compter 38 de ces cysticerques disséminés sous la peau. Le diagnostic était facile; mais pour le confirmer, M. Troisier a fait l'ablation d'une de ces tumeurs et a nettement constaté l'existence des crochets. D'où venait cette ladrerie? Déjà M. Troisier avait observé chez un autre homme un ténia solium et des cysticerques. Le malade actuel n'a pas le ténia, mais sa femme a le ténia depuis sept ans. Or, cet homme n'est marié que depuis quatre mois; il aura donc avalé par mégarde un des cucurbitins de sa femme.

M. LABOULBÈNE dit qu'on ne peut expliquer la coexistence du ténia et des cysticerques que par le reflux d'un cucurbitin dans l'estomac. Il se demande si l'on ne pourrait pas devenir ladre par le cysticerque du bœuf; mais il n'en existe pas d'exemple. A Alfort, des veaux qui avaient ingéré des cucurbitins de ténia inerme, ont été trouvés farcis de cysticerques inermes.

M. RENDU demande si les cysticerques inermes ne sont pas beaucoup plus petits que les cysticerques armés.

M. LABOULBÈNE ne les a pas vus beaucoup plus petits dans un cas que dans l'autre.

M. TROISIER ajoute que les cysticerques de son malade n'ont pas tous le même volume; les uns sont petits, les autres sont plus gros; ils peuvent guérir spontanément. Un malade, présenté il y a trois ans par M. Troisier, n'offre plus qu'un ou deux cysticerques sous-cutanés: mais des accidents épileptiformes sont apparus, qui donnent à penser que des cysticerques siègent dans les centres nerveux.

M. TROISIER présente un troisième malade atteint de monoplégie brachiale complète avec anesthésie. Cette affection a succédé à une chute de voiture avec contusion de l'épaule. Après l'accident, le malade n'était pas paralysé; ce n'est que cinq jours après que la paralysie est survenue. Il était naturel de penser à une contusion du plexus brachial analogue à celles que Duchenne (de Boulogne) a rapportées dans son livre. M. Erb a également cité des paralysies traumatiques semblables. M. Straus avait étudié déjà les paralysies spontanées du plexus brachial. Un examen fait par MM. Joffroy, Vulpian, Déjerine, a montré qu'il n'y avait pas de *réaction de dégénérescence* (indiquant une lésion des nerfs et des muscles). Cette paralysie diffère donc des paralysies périphériques ordinaires. Est-ce une lésion centrale? est-ce une paralysie névropathique?

M. JOFFROY dit que l'origine centrale de cette paralysie est inadmissible, parce qu'il n'y a rien eu du côté de la face, parce qu'il n'y a pas eu de troubles de la parole, parce qu'il y a des troubles de la sensibilité. Enfin, les réflexes tendineux sont un peu diminués. Quelle est donc la cause de cette monoplégie? Le malade a une mère hystérique, sa sœur a des attaques hystériques, lui-même a de l'insensibilité du pharynx. Si cet homme est hystérique, le traumatisme a été la cause occasionnelle qui a fait éclater l'hystérie. M. Charcot insistait récemment encore sur cette cause provocatrice des accidents hystériques. M. Joffroy a dans son service une femme atteint de paraplégie hystérique provoquée par un traumatisme. Dans les faits de paralysies traumatiques rapportés en France et à l'étranger, il y a de tout, sauf peut-être la véritable nature de ces paralysies. Dans la plupart de ces cas, le traumatisme n'intervient que pour mettre en lumière l'hystérie. C'est pour toutes ces raisons que M. Joffroy admet comme probable l'hystérie chez le malade de M. Troisier.

M. RENDU ne croit pas qu'on soit autorisé à aller aussi loin que M. Joffroy; il croit que la paralysie est due à une contusion du plexus brachial.

M. FÉRÉOL a observé un fait analogue à celui de M. Troisier; mais le malade avait des attaques épileptiformes en même temps qu'une monoplégie. Cette paralysie avait succédé à une contusion du plexus brachial droit. Plus tard, on vit survenir des troubles trophiques, de la polyurie, etc. Enfin, le malade guérit. Dans un autre cas, il s'agissait d'une femme hystérique chez laquelle le diagnostic fut aisément posé.

M. DUGUET présente un perfectionnement très heureux qu'il a apporté au dilatateur œsophagien de Trousseau.

J. COMBY.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 25 mars 1885. — PRÉSIDENCE DE M. HORTELOUP.

M. NICAISE rapporte l'observation d'une femme atteinte de tumeur polykystique de l'ovaire et de tumeurs papillomateuses s'étendant à toute la fosse iliaque et se greffant sur l'intestin. Une ascite considérable s'était développée et avait nécessité vingt-quatre ponctions. M. Nicaise, après avoir pris l'avis de M. Terrier, opéra cette femme; mais l'incision faite et la constatation des tumeurs ayant montré l'impossibilité de leur ablation, le liquide ascitique fut enlevé et la plaie suturée. La malade guérit, et, chose intéressante, l'ascite qui, avant l'opération, se reproduisait dans les quelques jours qui suivaient la ponction, mit cette fois quatre mois avant de se renouveler. Depuis, la malade a subi de nouvelles ponctions et s'achemine doucement vers la terminaison fatale. M. Nicaise fait remarquer l'influence de l'incision sur la reproduction du liquide, de la lenteur excessive de cette affection.

M. TERRIER donne lecture d'un rapport au sujet d'une observation de M. Jeannel (de Vendôme) *sur un cas d'occlusion intestinale. Laparotomie. Guérison.* Depuis 1870, le malade était sujet à l'entérite; en 1881, un étranglement interne avec tous ses symptômes se manifesta, et après quelques moyens radicaux, M. Jeannel intervint par la laparotomie. Il trouva dans la cavité abdominale des brides dans lesquelles étaient engagées plusieurs anses d'intestin; celles-ci dégagées, le ventre fut refermé, et la malade guérit après quelques légères complications. A cette observation, M. Terrier en ajoute une qui lui est personnelle, mais dont les suites furent autres, le malade ayant succombé à une péritonite.

M. BERGER désire que l'attention de la Société soit appelée sur cette question de la laparotomie comme traitement de l'occlusion intestinale. Il estime, quant à lui, que cette opération, en raison des difficultés du diagnostic de l'étranglement interne, en raison des incertitudes du moment opératoire, doit être rejetée dans la majorité des cas, et il donne la préférence à l'opération pratiquée par la méthode de Nélaton.

M. LEFORT ne partage pas l'opinion de M. Berger. L'opération de Nélaton est un véritable martyrologue, et quoique la laparotomie soit grave, il la préfère et s'en montre partisan déclaré.

M. MONOD a fait deux laparotomies, mais dans des cas *in extremis*, et a eu deux insuccès. Il donne les résultats statistiques de Schramm, qui sont plus favorables; les succès sont d'autant plus nombreux que l'opération a été plus prompte.

M. LE FORT présente un appareil avec lequel il a redressé un double genu valgum chez un enfant de 8 ans; l'appareil a été porté pendant deux ans.

M. AUFREY lit un travail sur l'obstruction intestinale.

Séance du 1er *avril* 1885. — PRÉSIDENCE DE M. HORTELOUP.

M. DESPRÉS présente la rotule du malade que la Société de chirurgie avait examiné il y a quinze jours pour une fracture de rotule consolidée. Ce malade a succombé à une pneumonie huit jours après sa sortie de l'hôpital, et l'examen de la rotule montre qu'il existe entre les deux fragments un cal fibreux accompagné, en certains points, d'aiguilles osseuses. M. Desprès pense qu'il y aurait eu, par la

suite, un cal osseux et que ce résultat si désirable peut être obtenu sans avoir recours aux méthodes nouvelles de traitement. Il suffirait de faire une compression méthodique et de plier le membre dans l'élévation. Au bout de cinq jours l'épanchement articulaire disparaît, et il est permis alors de placer un appareil inamovible ; mais il faut se garder d'avoir recours à l'appareil inamovible avant que tout gonflement ait cessé.

M. Berger fait remarquer que dans ce cas si intéressant à tous égards, il n'y a pas de réparation des cartilages et qu'au point de vue de la cicatrisation l'affrontement de la partie postérieure des fragments qui est le but à atteindre dans les fractures de rotule, est parfaitement réalisé ici. Il fait des reserves au sujet de la consolidation; il se peut. comme le veut M. Després, qu'à la longue on eût obtenu un cal osseux, mais il ne faut pas admettre cependant qu'il en eût été certainement ainsi et voir dans ce cas un exemple authentique de cal osseux. Car les aiguilles osseuses sont en assez petites quantités et les tiraillements ultérieurs avaient bien des chances pour en amener la rupture.

M. Lucas-Championnière n'admet pas qu'un mode de traitement unique soit adopté pour toutes les fractures de rotule. Il a obtenu, pour sa part, un résultat aussi favorable sans avoir recours à la méthode proposée par M. Després.

M. Richelot. La contention des fragments peut être obtenue par n'importe quel procédé ; mais une contention parfaitement exacte n'amène pas nécessairement un cal osseux. Il a vu chez un médecin atteint de fracture de rotule les deux fragments parfaitement soudés et tels que l'on pouvait admettre un cal osseux : mais à mesure que la mobilité du membre a augmenté le cal s'est distendu peu à peu et finalement devint cal fibreux.

M. Gillette, pour répondre à M. Lefort, cite plusieurs observations de laparotomie qu'il a eu l'occasion de pratiquer et qui toutes ont été défavorables. Il les met en regard des opérations d'anus contre nature qui, entre ses mains, ont conduit à quelques succès et conclut en faveur de cette dernière opération dans les cas d'étranglement interne dont le diagnostic n'est pas nettement déterminé.

M. Polaillon émet l'opinion que toute cette question de procédé opératoire dans l'étranglement doit être dominé par le diagnostic exact de l'étranglement. La laparotomie sera le procédé de choix dans les cas où l'on aura pu diagnostiquer un étranglement par bride ou par valvules. Dans un cas de ce genre, M. Polaillon a fait l'incision non pas sur la ligne médiane, celle-ci aurait le tort, par suite du ballonnement du ventre, de permettre l'issue d'une grande partie des intestins et d'apporter ainsi une grande gêne dans les manœuvres. mais dans la région iliaque au-dessus du pli de l'aine ici les mêmes difficultés n'existent pas.

M. Berger veut qu'on établisse une distinction nette entre les étranglements qui se font dans l'intérieur de la cavité abdominale et ceux qu'on observe sur un intestin hernié habituellement et qui est rentré dans l'abdomen ; dans ce dernier cas on est en présence d'une hernie plus ou moins compliquée et étranglée et il ne faut pas comprendre ces cas dans la statistique des laparotomies pratiquées pour un étranglement interne. Il se montre partisan de l'incision médiane dans la laparotomie.

M. Terrier ne tiendra pas compte, pour juger la valeur de la laparotomie, des statistiques qu'on a fournies; car pas une des observations ne se ressemblent et tout est confusion. Ce qui lui fait adopter la laparotomie sur l'anus contre nature, c'est que l'une est curative, l'autre simplement palliative ; c'est de plus qu'il a obtenu deux succès complets avec la laparotomie. En effet, sur quatre opérés de laparotomie, il a eu deux résultats parfaits, et s'il a pu compter deux insuccès, c'est peut-être grâce à une intervention trop tardive. Quant à rejeter la laparotomie, parce que, dit-on, c'est une opération non réglée, ce n'est pas une raison suffisante: une foule d'autres opérations aujourd'hui entrées dans la pratique, ne le sont pas davantage. Il se montre également partisan de l'incision médiane, faisant remarquer que lorsque le ballonnement du ventre existe, les intestins étant trop à l'étroit dans le ventre tendent à s'échapper dès qu'ils trouvent une voie libre, que cette voie siège sur la ligne médiane ou bien sur les parties latérales. Ce qu'il importe donc avant tout c'est de ne pas avoir de ballonnement et rien ne viendra alors gêner l'opérateur : c'est encore une intervention rapide qui permettra ce résultat. Il pense en résumé que dans tous les cas où l'on n'aura pas affaire à une tumeur ou à une dégénérescence de l'intestin, on devra avoir recours à la laparotomie comme l'a indiqué M. Lefort, mais on devra agir rapidement sans attendre la série des moyens médicaux et des purgatifs. Ainsi comprise, la laparotomie, opération curative et grave opposée à une affection grave, doit gagner chaque jour du terrain sur l'anus contre nature, opération peu grave mais palliative.

M. Trélat pense que la question dominante est une affaire de diagnostic qui devra guider le chirurgien dans l'emploi de tel ou tel procédé. Quant à invoquer contre la laparotomie la gravité plus grande, ce n'est pas suffisant, car il faut bien se dire que, dans presque tous les cas d'obstruction intestinale, on se trouve en présence d'un cas mortel , il n'y a donc pas à hésiter à opposer à une affection grave, une opération grave. Mais le diagnostic exact devra être le véritable guide et quoique difficile, souvent même impossible, il peut cependant donner des présomptions et faire décider de la méthode d'intervention. Aucune circonstance, aucun point ne devront être négligés, ni l'âge du malade, ni la forme du ventre, ni les douleurs localisées, ni la marche de l'affection et l'existence d'une péritonite. Mais toujours l'intervention sera précoce et non interrompue. Après quelques essais médicaux et quelques applications électriques, si l'état reste stationnaire, la laparotomie ou l'anus artificiel seront pratiqués et le diagnostic seul nous aura permis d'adopter l'un ou l'autre suivant les cas. Il n'y a donc pas deux méthodes rivales et pas de comparaison à établir, il y a des méthodes opportunes dans certains cas et inopportunes dans d'autres, et nous avons besoin d'attendre des observations détaillées pour nous permettre d'établir définitivement la supériorité ou l'infériorité de l'une ou de l'autre.

M. Lucas-Championnière a fait avec succès un anus artificiel. Une laparotomie au contraire lui a donné un insuccès ; ce n'est pas une raison pour qu'il abandonne cette dernière qui lui semble au contraire la méthode d'avenir.

M. Terrier fait une communication sur la *présence de l'albumine dans les urines, chez les sujets anesthésiés, dans les cas d'opérations graves.* — L'examen des urines a. dans tous les cas, été pratiqué avant, pendant et après l'anesthésie, et a donné toujours des résultats identiques.

Autre communication sur le *chlorhydrate de caféine comme agent anesthésique de l'œil.* A. Damalix.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 25 mars 1885. — Présidence de M. Duhomme.

M. Dujardin-Beaumetz a, suivant les indications de M. Lépine, expérimenté la *terpine*, que l'on obtient en mettant en présence de l'essence de térébenthine un carbonate alcalin et en distillant à 150°. Il n'a pas complètement obtenu les effets diurétiques et pulmonaires que l'on avait annoncés. Aussi s'est-il servi d'un dérivé, le *terpinol*, qui s'élimine complètement par le poumon et tarit ses sécrétions tout en donnant à l'haleine une odeur fort agréable de jasmin. Malheureusement ce corps n'étant que très peu soluble dans l'eau, les expériences physiologiques sont restées peu concluantes par ce fait que les animaux ont absorbé en même temps une certaine quantité d'alcool de dissolution.

M. Tanret a préparé des pilules de terpinol.

On prescrira :

Terpinol.	aa 1 gr.
Benzoate de soude . . .	

Q. S. de sucre pour 10 pilules dont on peut donner jusqu'à 10 par jour.

En résumé, des trois corps : térébenthine, terpine et terpinol, le plus diurétique est la térébenthine ; l'ordre doit être renversé en ce qui regarde les sécrétions pulmonaires.

M. Huchard a expérimenté comme antithermique la *thalline*, dérivé de la quinoléine. A la dose de 25 à 75 cent., il a obtenu un abaissement de la température qui s'est toutefois accompagné de sueurs profuses. Dans deux expériences physiologiques qu'il a faites avec M. Hénocque, il a pu voir que le sang des animaux intoxiqués ne contenait pas de methyhémoglobine.

M. Dujardin-Beaumetz a également expérimenté la thalline, qui est un fort mauvais médicament. Laissant de côté les observations cliniques de M. Huchard, il dit que ce qui l'étonne le plus, c'est que, dans les deux examens du sang, on n'ait pas constaté les modifications si profondes que cet agent fait subir aux globules qu'il détruit en anéantissant leur pouvoir respiratoire ainsi que les expériences de MM. Brouardel et Loye l'ont si nettement démontré. Enfin, pas plus que la kaïrine, dont elle partage le mode d'action, la thalline n'est un agent antifermentescible. Les seuls antithermiques à employer sont la résorcine et l'antipyrrhine, qui ne détruisent pas les hématies et n'agissent que sur les centres calorigènes, en respectant les globules rouges.

M. Fernet n'est pas aussi frappé que M. Huchard des avantages qu'on peut retirer des antithermiques d'importation récente et étrangère. Il semble véritablement qu'avant cette importation nous ne nous servions jamais du sulfate de quinine, du salicylate de soude. Où trouve-t-on des bénéfices à employer des agents qui produisent un abaissement de température qui ne va pas audelà de 2 heures, accompagné de sueurs profuses et d'une altération du sang ?

M. Huchard répond que l'abaissement de la température est de plus longue durée et que du reste il n'a pas prétendu, en ce qui regarde la thalline, donner des conclusions définitives. Gilles de la Tourette.

SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE

Séance du 19 *mars* 1885.— Présidence de M. Dureau.

M. Topinard présente deux crânes d'Indiens sur lesquels on peut constater un épaississement considérable siégeant exactement de chaque côté au niveau des bosses pariétales. Les deux saillies ainsi formées sont égales, symétriques et se continuent en diminuant insensiblement avec les parties voisines de la voûte crânienne. La suture interpariétale est normale, mais profondément enfoncée entre ces deux volumineuses bosses. L'augmentation de volume porte exclusivement sur le diploé transformé en une masse éburnée de 3 centimètres environ d'épaisseur. La table interne ne présente aucune saillie. L'interprétation de ces altérations pathologiques est fort difficile. Elles rappellent jusqu'à un certain point celles que Parrot considérait comme caractéristiques de la syphilis héréditaire chez le petit enfant.

M. Deniker donne les résultats que lui a fournis l'étude détaillée d'un fœtus de Gibbon âgé de sept à huit mois environ et de son placenta. La tête est très grande par rapport à la taille, le nez et la bouche présentent les traits caractéristiques de l'adulte. Il existe au pied une membrane interdigitale entre les orteils. Le placenta est simple, formé d'un seul disque dans lequel se distribuent deux artères et une veine ombilicale; la subdivision en plusieurs cotylédons est à peine indiquée sur la face fœtale. Le caduque sérotine rappelle plutôt la structure du placenta utérin dans l'espèce humaine. De ce fait et de quelques autres, l'auteur croit pouvoir conclure que le placenta des singes anthropoïdes est simple et que les placentas doubles ne se rencontrent chez ces animaux qu'à titre d'exception comme dans l'espèce humaine.

M. Blanchard fait une communication sur les divers cas de *polymastie* signalés jusqu'ici. En France, Puech en a réuni 77 observations. dont 3 personnelles. comprenant 46 cas à trois mamelles, 29 à quatre et 2 à cinq. En Allemagne, Lichtenstein a pu trouver 105 cas en comprenant des observations déjà anciennes. Cette anomalie est fréquemment héréditaire, et il est logique de l'expliquer par l'atavisme. En somme, elle reproduit anormalement chez l'homme une disposition normale chez un très grand nombre d'animaux. Il peut n'y avoir qu'une mamelle supplémentaire. et alors elle siège latéralement soit au-dessus, soit au-dessous de la mamelle normale; s'il y en a deux, elles sont symétriquement placées de chaque côté, mais si il en existe une troisième, on la trouve sur la ligne médiane. Les mamelles supplémentaires se rencontrent le plus souvent sous les mamelles normales, elles représentent alors les mamelles ventrales des animaux; on peut aussi en trouver beaucoup plus bas, elles sont alors les homologues des mamelles inguinales des animaux. D'après certains auteurs, Anne de Bolen aurait présenté cette anomalie. Interprétant ces faits par les données de l'évolution, il est donc rationnel de concevoir qu'au début l'espèce humaine, dans ses formes ancestrales, avait trois paires de mamelles : l'une inguinale, l'autre abdominale et la dernière pectorale ; successivement la paire inguinale d'abord, puis la paire abdominale auraient disparu. D'ailleurs, chez certains animaux on trouve la trace d'une pareille évolution : la région inguinale des chauve-souris phylorhiniennes présente un véritable petit mamelon, mais n'ayant pas la structure de la glande, et qui n'est, par suite, que le témoin d'un état antérieur de complet développement. Chez les chauve-souris à museau nu, au contraire, il n'y a rien de semblable dans l'aine : l'évolution chez elles est plus avancée et toute trace de mamelle a disparu. On trouve parfois chez l'homme des mamelles placées soit dans l'aisselle. soit même dans le dos. Mais dans ces cas, ainsi que l'a bien fait remarquer M. Duval dans la discussion qui a suivi cette communication, il y a lieu de faire une distinction complète d'avec les anomalies systématisées dont nous parlions plus haut. Il s'agit en effet d'une modification accidentelle des glandes sébacées, évoluant vers le type mammaire; ce serait une anomalie progressive et non regressive, anomalie d'essai, pour ainsi dire, destinée à devenir ultérieurement un type normal ou à avorter si la sélection ne favorise pas son développement. Cette remarque, d'ailleurs, s'applique à toutes les anomalies, surtout aux anomalies musculaires qu'on a parfois le tort de considérer comme étant, dans tous les cas, de nature atavique.

L. Capitan.

REVUE D'OBSTÉTRIQUE

I. **De la forme de l'excavation pelvienne considérée au point de vue obstétrical**; par le Dr A. Boissard. Th. Paris, 1884.
II. **The bladder during parturition and the early puerperium**; par J. Halliday, Croom, Edinburgh, 1884.
III. **De la pince à os et du crânioclaste**; par le Dr Auvard. Th. Paris. 1884.
IV. **Ueber Erwœrmungsgeræthe für frühgeborene und schwæchliche kleine Kinder**; par Crédé (*Archiw für Gyn.* Bd. XXIV, s. 128).

I. Le bassin, considéré au point de vue obstétrical, doit être envisagé comme formé de deux parties, dont chacune remplit un rôle différent : l'une est fixe, osseuse, et forme un véritable canal irréductible pendant l'accouchement (bassin passif) : l'autre est constituée par un ensemble de parties molles qui se modifient complètement pendant le dernier temps du travail (bassin actif).

C'est à déterminer la topographie du bassin ainsi compris que le Dr Boissard s'est attaché dans son travail inaugural. Appliquant à ses recherches la méthode de pelvimétrie et de pelvigraphie employée par son maître Pinard pour les bassins viciés. il a reproduit cinquante tracés pelvigraphiques intéressants à examiner en détail.

L'étude attentive de ces tracés a conduit le Dr Boissard à des conclusions qui confirment en grande partie les travaux de Fabbri (de Bologne) sur le bassin.

L'axe du bassin osseux, portion passive, est *une ligne droite* dans toute l'étendue de son trajet. Le fœtus, descendu suivant cette ligne jusqu'au plancher périnéal,

devra, avant son expulsion, creuser un bassin de nouvelle formation, constitué aux dépens des parties molles. Le pôle fœtal qui se présente alors sortira suivant une *direction à peu près perpendiculaire* à l'axe du bassin osseux. La variabilité de cette direction est en rapport avec l'orientation vagino-vulvaire, qui, chez certaines femmes, peut être telle qu'elle apportera un obstacle à l'expulsion du fœtus hors des parties molles.

II. L'influence exercée par la parturition sur la vessie a été étudiée avec soin par Halliday Croom, dans un mémoire où il expose le résultat de ses recherches personnelles. Après avoir consacré une partie de son travail à l'évaluation de l'intensité des contractions utérines, à l'anatomie topographique de la vessie pendant la grossesse et l'accouchement, enfin à la description de l'appareil manométrique qui lui a servi à mesurer la pression exercée sur la vessie, l'auteur expose le résultat de ses expériences. Il y a pression sur la vessie pendant l'accouchement, mais seulement au moment des douleurs. Dans tout accouchement normal, chez les primipares comme chez les multipares, on constate les variations suivantes : La pression maximum est d'environ 1360 grammes par 25 millimètres carrés ; elle s'exerce pendant la seconde période du travail, et exceptionnellement pendant la première s'il survient un effort. La pression minimum est de 45 grammes et s'observe pendant la première période. La pression moyenne est de 190 grammes pendant la période de dilatation, 860 grammes pendant l'expulsion. Cette pression reconnaît pour causes : 1° le changement de forme de l'utérus ; 2° le tiraillement et la distension du col ; 3° l'action des muscles de l'abdomen et du diaphragme. Elle n'est modifiée en rien par la quantité d'urine contenue dans la vessie, tant qu'il n'y a pas distension exagérée de cet organe.

Halliday Croom s'occupe ensuite des rapports de l'utérus avec la vessie pendant les premiers jours des suites de couches. Après l'accouchement, la vessie est habituellement vide, et l'utérus, incliné en avant, est, le plus souvent, situé sur la ligne médiane, le fond répondant à l'ombilic. Mais au bout de 12 à 15 heures, la vessie se distend et repousse l'utérus en haut ; il suffit d'appliquer la main sur le ventre pour le constater.

Contrairement aux assertions de Dubois et Pajot, de Schrœder, etc., Halliday Croom admet avec Börner que l'utérus est ordinairement sur la ligne médiane pendant la période puerpérale. Chez 60 femmes, il l'a trouvé 46 fois dans cette situation, 10 fois seulement incliné à droite et 14 fois à gauche. La femme étant couchée sur le dos, la vessie et le rectum vides, l'utérus reste naturellement médian. S'il est dévié à droite, c'est qu'il l'était déjà pendant la grossesse, ou que le rectum est distendu, ou que la femme est dans le décubitus latéral droit. Le trouve-t-on incliné à gauche, c'est le plus habituellement quand le rectum est vide et la vessie remplie d'urine. La vessie présente en effet chez la femme une disposition asymétrique qu'a démontrée Barkow ; elle est plus large dans sa moitié droite que dans sa moitié gauche. Quand elle se distend, elle a donc une tendance à repousser l'utérus du côté gauche.

La quantité d'urine nécessaire pour effectuer ces déplacements, a été évaluée par Autefage à 400 ou 600 grammes : mais Halliday Croom a constaté que ce chiffre n'est pas assez élevé, et il le porte à 800 grammes environ.

III. Très en faveur à l'étranger, le crânioclaste est peu connu et peu apprécié en France. Le Dr Auvard vient d'étudier cet instrument expérimentalement, et il a publié le résultat de ses recherches dans une thèse très intéressante.

Il établit d'abord que la tête fœtale se compose, au point de vue de l'embryotomie, de deux parties bien différentes, l'une peu résistante, la voûte du crâne, et l'autre solide et difficile à réduire, formée par la base et la face. Après avoir soigneusement fixé les dimensions de cette dernière, ou cône basio-facial, l'auteur montre que ses points les plus résistants sont la voûte palatine et la selle turcique, et que, dans une perforation sur la tête dernière, ce sont ces points qu'on devra s'efforcer de détruire, si l'on veut obtenir une diminution considérable des diamètres de la base.

Etudiant ensuite la perforation du crâne, le Dr Auvard conclut de ses expériences que la meilleure perforation est celle qui donne un large écoulement à la substance cérébrale. Pour la voûte, il faut une ouverture grande, régulière, sans fractures ; pour la base une large brèche avec éclatement des os. Il conseille d'employer, pour perforer la voûte, le perforateur alésoir de Tarnier, ou le perforateur de Blot, à la condition de se servir de ce dernier en lui imprimant un mouvement de rotation combiné à des mouvements de va et vient ; pour perforer la base, il donne la préférence au perforateur de Blot.

Arrivant à la pince à os et au crânioclaste, il fait l'historique de ces instruments. Il nous montre la pince à os de Mesnard transformée par Simpson de simple agent de traction en un instrument de broiement, auquel l'accoucheur anglais a donné le nom de crânioclaste. Ce dernier est ensuite modifié par Braun, Fabbri, etc., dans le but d'incliner la tête pour permettre le passage des diamètres qui mettent obtacle à l'accouchement.

Après cet exposé, l'auteur déduit de ses recherches expérimentales les diverses façons d'appliquer le crânioclaste. Dans la présentation de la face, la meilleure manière d'opérer sera de placer la branche mâle dans la bouche et la branche femelle sur la voûte du crâne ou dans la perforation ; puis, en faisant l'extraction, on aura soin de diriger le diamètre bimalaire dans un des diamètres obliques du bassin. Dans les présentations du sommet, on pourra suivant les cas, suivant le degré de rétrécissement du bassin, employer le crânioclaste, ou pour faire de simples tractions, ou pour changer la situation de la tête, ou pour broyer la tête, ou pour la morceler. Afin de mieux approprier l'instrument au broiement, l'auteur a imaginé la modification suivante : il a fait construire un crânioclaste dont les mors peuvent être articulés soit en s'opposant par leur concavité (broiement), soit en s'emboîtant réciproquement (extraction.)

Lorsque la tête reste dernière, séparée ou non du tronc, la manœuvre consistera à introduire la branche mâle dans la perforation et à appliquer la branche femelle sur la face.

Enfin, dans la présentation du siège mode des fesses, on pourra être obligé d'avoir recours au crânioclaste, et le meilleur procédé d'extraction sera d'introduire une branche dans le rectum et de placer l'autre sur l'un des trochanters ou sur le pubis.

Le Dr Auvard conclut en énumérant les avantages qu'il reconnaît au crânioclaste. C'est un instrument simple, peu volumineux, de maniement facile. Il n'entre en rapport avec l'utérus que par une de ses extrémités, l'autre étant cachée dans le corps du fœtus. Il laisse à la tête fœtale sa souplesse et permet l'exécution des différentes méthodes d'embryotomie céphalique (traction, inclinaison, broiement, morcellement.) Il rend facile l'extraction de la tête se présentant par le sommet ou la face, du siège, enfin du tronc et de la tête séparés l'un de l'autre et retenus dans les parties génitales.

IV. Depuis plus de vingt ans, Credé se sert à Leipzig d'une baignoire spéciale pour l'élevage des enfants nés avant terme. Les parois de cette baignoire sont creuses et remplies avec de l'eau chaude qu'on renouvelle autant qu'il est nécessaire pour maintenir une température de 32° environ dans l'intérieur de l'appareil, où l'on place les nouveau-nés tout emmaillottés.

L'auteur, qui n'avait encore rien publié sur ce sujet, vient de réunir dans un mémoire les documents qu'il a recueillis depuis 1866. Il est difficile d'en tirer des conclusions nettes, car ces documents sont très insuffisants : ainsi, de 1868 à 1874, on n'a pas noté le poids des enfants à leur sortie de la baignoire. Cependant, Credé déduit de ses tableaux les résultats suivants : sur 24 enfants pesant de 1000 à 1500 grammes, 20 sont morts (83 0/0 de morta-

lité); sur 115, pesant de 1501 à 2000 grammes, 42 morts (36 0/0); sur 476, de 2001 à 2500 grammes, 54 morts (11 0/0): sur 52, de 2501 à 2900 grammes, 1 mort (2 0/0).

Prenant alors le total de tous les enfants *au-dessous de 2500 grammes*, Credé trouve une mortalité de 18 0/0, et il l'oppose à celle des enfants placés dans la couveuse, à la Maternité de Paris, qui est de 38 0/0 : il conclut à la supériorité de son appareil.

Toutefois, il faut remarquer que ce chiffre de 38 0/0, cité par Credé, représente la mortalité d'enfants pesant *moins de* 2000 *grammes* (Voy. *Progrès médical*, 1er mars 1884, p. 180). Pour pouvoir comparer les résultats obtenus d'une part à Leipzig, et de l'autre à Paris, il faut se placer dans des conditions identiques. En le faisant, on voit qu'en réalité Credé, sur 139 enfants pesant *moins de* 2000 *gr.*, a eu 66 morts, c'est-à-dire 47,5 0/0 de mortalité. C'est donc ce dernier chiffre. 47.5 0/0 qu'il est juste d'opposer aux 38 0/0 de la Maternité de Paris. On voit que l'avantage reste à la couveuse.

Credé reproche à la couveuse d'être difficile à transporter, d'exiger une surveillance constante, etc , mais ses critiques ne peuvent s'adresser au nouveau modèle de Tarnier, qui est très facile à construire et à surveiller, qui est d'un maniement commode et d'un transport aisé, et peut être employé dans la clientèle privée. (Voy. *Progrès médical, loc. cit.*

Les résultats obtenus par Credé sont certainement remarquables, mais sa méthode est très inférieure à celle des couveuses qui restent jusqu'à présent le meilleur appareil pour élever les enfants chétifs ou nés avant terme.

Ch. Maygrier.

THÉRAPEUTIQUE

Sur un nouveau mode d'emploi du bromure et de l'iodure de potassium (*Procédé de* M. L. Poisson).

Ce n'est pas dans un journal de médecine qu'il y a lieu de rappeler les avantages que présentent l'iodure et le bromure de potassium dans la thérapeutique des affections scrofuleuses, syphilitiques, goutteuses, rhumatismales, nerveuses, etc. Nous avons simplement voulu appeler l'attention sur répugnance qu'éprouvent un grand nombre de malades chez lesquels les bromure et iodure de potassium sont impérieusement indiqués. Les épileptiques, par exemple, qui doivent ingérer chaque jour des doses énormes de bromure, résistent souvent au traitement à cause des troubles gastriques qu'il détermine. On peut en dire autant de certains syphilitiques qui préfèrent rester sous l'influence de leur diathèse plutôt que de prendre l'iodure pour lequel ils ont une répugnance invincible. Les femmes surtout ont toutes les peines du monde à se soumettre au traitement bromuré qui leur est si souvent indispensable. Les enfants atteints des affections cardiaques récemment décrites par le professeur G. Sée et qui sont justiciables du bromure, n'acceptent ce médicament qu'avec les plus grandes difficultés.

Il est vrai qu'un grand nombre de préparations ont été offertes au public médical, contenant, sous forme de sirop, le médicament assez exactement dosé; mais, outre le goût nauséabond et sirupeux qui déplaît toujours aux malades, nous avons remarqué que l'exactitude de la dose variait selon que le patient emplissait plus ou moins la cuiller. En somme, aucun produit n'avait donné satisfaction aux médecins et aux malades lorsqu'un pharmacien déjà connu par de nombreux travaux, M. L. Poisson, eut l'heureuse idée d'unir à du chocolat d'excellente qualité le bromure et l'iodure de potassium. Il a donné à ces préparations la forme de pastilles, et chacune de ces pastiles contient 0,25 centigrammes de l'un ou de l'autre de ces sels de potassium. D'une ingestion facile, même pour les plus délicats, ces pastilles, dont la conservation est indéfinie, grâce au beurre de cacao qu'elles renferment, facilitent l'absorption du médicament et préviennent son action souvent fâcheuse sur l'estomac et toujours désagréable pour la muqueuse buccale.

Le procédé de M. L. Poisson a déjà été l'objet de quelques commentaires dans la presse médicale. Le *Journal de médecine de Paris*, qui en a le premier donné la description (28 février 1885), l'a approuvé sans réserves. Mais l'*Union médicale* a formulé quelques observations dans son no du 12 mars. Notre confrère, tout en approuvant en principe cette innovation, pense que la dose contenue dans chaque pastille est trop faible (0.25 centigr.) et que dans les cas où ces sels sont employés à hautes doses, ce procédé serait difficilement applicable. Il faudrait, en effet, faire prendre jusqu'à 32 pastilles par jour chez les malades qui devraient absorber 8 grammes de bromure ou d'iodure. Nous répondrons à l'honorable rédacteur de l'*Union médicale* que les cas où une dose aussi élevée est nécessaire sont relativement rares, et que l'emploi n'en saurait être prolongé pendant longtemps.

La dose moyenne est, on le sait, de 2 à 4 grammes par jour, ce qui représente de 8 à 16 pastilles Poisson. Nous pensons même que les malades condamnés à absorber 8 grammes d'iodure de potassium par jour préféreront encore prendre 32 pastilles que 10 cuillerées d'une solution plus ou moins nauséabonde.

Quoi qu'il en soit, alors même que le procédé L. Poisson serait d'une application difficile dans quelques cas très rares, nous pensons qu'il constitue un progrès considérable en thérapeutique : qu'il peut s'appliquer chaque jour à des milliers de malades, et nous ne pouvons qu'en recommander l'emploi à nos confrères. Il n'est peut-être pas sans intérêt de rappeler l'opinion de Cl. Bernard qui croyait avec raison que l'absorption des bromures et des iodures était essentiellement facilitée par l'addition des corps gras combinés avec le sucre. Or, c'est précisément ce qui a lieu dans la nouvelle préparation que nous signalons aujourd'hui.

VARIA

La limite d'âge des professeurs de l'enseignement supérieur.

Dans un article paru dans le numéro du 8 mars dernier de la *Tribune médicale*, M. le Dr Laborde, parlant de la question de la *limite d'âge* des professeurs, rappelle qu'il l'a traitée, à plusieurs reprises dans ces dernières années et il continue ainsi :

« C'est dire qu'elle n'est pas neuve pour nous, ni pour ceux qui nous ont fait l'honneur de nous lire, *bien qu'elle paraisse l'être complètement* pour notre excellent collègue le *Progrès médical*, qui, un peu trop replié sur lui-même, peut-être....., se flattait naguère *d'attacher le grelot*, à ce propos. N'en déplaise au *Progrès*, qui est ici sensiblement en retard, le grelot a été attaché il y a pour le moins *quatre ans*; il a été remis en branle plusieurs fois, non sans avoir produit quelques *tintinnabula* importuns pour certaines oreilles, dont la profonde surdité, il est vrai, a besoin de forts ébranlements de la sonnette; ce qui nous fait nous réjouir particulièrement de la secousse que vient de lui imprimer à son tour, le *Progrès*, qui a, sans doute, le bras plus vigoureux et plus long que l'humble *Tribune* ».

Notre ami le Dr Laborde se trompe quand il écrit que la question de la *limite d'age* des professeurs de l'enseignement supérieur est une question neuve pour nous et il se trompe encore quand il semble laisser supposer que c'est lui qui, le premier, a attaché le grelot. Il s'agit là d'une question ancienne. Elle a été maintes fois l'objet de réflexions soit de notre part, soit de celle de nos collaborateurs. Il s'agit là d'une question où nous ne revendiquons aucun droit de priorité. Elle a depuis longtemps appelé l'attention de tous ceux qui s'occupent de l'organisation de l'enseignement. Nous nous bornerons à rappeler ce passage d'un article publié en 1865 (p. 191 et 383) dans le *Mouvement médical* que nous avons rédigé avec notre ami M. Pascal, depuis 1865 jusqu'en 1873 :

« Un des vices radicaux de l'enseignement médical de l'Etat

c'est l'éternisation du professeur dans sa chaire. Il est bien démontré pour tous les médecins qu'à certain âge l'organisme humain demeure stationnaire, pour aller bientôt en se désharmonisant dans ses fonctions. Si tel est l'arrêt du destin :

« *Si la garde qui veille aux barrières du Louvre,*
N'en défend pas les rois. »

« Il serait peu conforme à l'observation de prétendre que les professeurs de nos Facultés font exception à cette loi de nature. Eux aussi subissent l'action du temps. Tel maître, jadis des plus suivis, a dû cesser son cours faute d'élèves.... ».

Il est certain qu'en parcourant les articles publiés sur l'organisation de l'enseignement, les discours prononcés dans les discussions sur la liberté de l'enseignement supérieur en 1870, et que nous avons résumés, on y trouverait aussi soulevée la question de la limite d'âge. Le *Progrès* en reprenant la question ne pouvait avoir la prétention de traiter un sujet *nouveau*. M. Laborde reproche au *Progrès médical*, d'être un peu trop replié sur lui-même, peut-être; c'est là un reproche que nous ne saurions accepter car, aussi souvent que possible, sur les questions d'enseignement et d'Assistance publique, nous prenons soin de relever l'opinion de la presse médicale : Nous rappellerons les nombreux extraits que nous avons publiés sur la réorganisation des services d'accouchements, sur la laïcisation des hôpitaux, etc. Et si nous ne le faisons pas plus souvent, malgré les appels que nous avons adressés à nos collègues, c'est qu'ils nous fournissent trop rarement l'occasion.

Le pansement à la tourbe à la clinique d'Esmarch, à Kiel; par A. Reverdin.

« L'acide phénique est encore la solution préférée pour les instruments ; quant au sublimé et au chlorure de sodium, on s'en sert pour laver souvent la plaie au cours de l'opération. Le pansement en honneur est le *pansement à la tourbe*. Dire que cette poudre brunâtre est d'un aspect flatteur à l'œil serait exagéré ; au premier abord on se demande comment et pourquoi on est allé déterrer, c'est le cas de le dire, une substance aussi malpropre afin de l'utiliser au pansement des plaies; chemin faisant on revient de cette opinion: on appprend que la tourbe est très bon marché, qu'elle est très légère, facile à manier, non irritante pour les plaies et aisément contenue dans des coussins de mousseline à mailles cependant assez larges. Bref, la confiance renaît peu à peu et, lorsqu'on voit la manière sérieuse dont la stérilisation se fait, la conversion est proche. Les coussins remplis de tourbe sont placés pendant quelques heures dans une étuve chauffée à 120 degrés et soumis à une pression de trois atmosphères. Le microbe le plus récalcitrant ne résiste pas à ce traitement, et la tourbe bien et dûment stérilisée devient dès lors un matériel capable de donner une sécurité très légitime au chirurgien. » (*Revue de la Suisse Romande*, 15 mars 1885, p. 200 (*Voyage chirurgical à Copenhague et en Allemagne.*)

Extrait d'une correspondance parisienne du *Medical Times and Gazette*.[1]

« ...... Notre jeunesse a entrepris de jeter le trouble dans l'Université : elle a demandé avec tumulte la démission de M. Robin dont elle redoutait la sévérité aux examens et le cours a dû être suspendu. De même elle a sifflé M. Caro, sous le prétexte de quelques mots *imprudents* prononcés à un enterrement, mais en réalité parce qu'il est un spiritualiste convaincu, ce qui n'est plus de mode parmi nos étudiants. Cette tendance à tout résoudre par la loi du tapage s'est accentuée l'an passé à propos de l'internat, et des *internes étrangers* reçus avec succès. Tout le monde connaît l'internat français d'où sortent tous les médecins et les chirurgiens célèbres. Jusque-là il a été permis de concourir aux étudiants étrangers et beaucoup de ceux-ci sortis de l'internat se sont fixés à Paris, ont jeté un grand lustre sur leur pays d'adoption, et tous sont fiers de leur titre d'*ancien interne* des hôpitaux. Du reste, il y a actuellement à la Faculté, quatre professeurs d'origine étrangère et qu'on peut ranger parmi les plus éminents. De tout temps du reste la Faculté s'est plu à attirer à elle les hommes de talent et à leur ouvrir ses rangs. De plus, les étrangers qui ont reçu l'hospitalité en France, contractent pendant leur jeunesse des amitiés et deviennent à l'étranger les alliés des Français. Les choses semblent changer de face. Après la guerre de 1870, les étudiants étrangers ont abandonné la France, mais ils sont revenus depuis et il y en a 600 d'inscrits à la Faculté de Médecine. Alors que tous les hommes de bon sens se réjouissaient de ce résultat, la jeunesse de nos écoles de médecine, imbue d'un esprit réactionnaire (illibéral), a élevé la voix contre la « *compétition étrangère* » demandant pour elle seule toutes les situations honorables. Un argument doit néanmoins être donné en faveur de cette protestation des jeunes. En France, maintenant, tout le monde est soldat et pendant que l'étudiant français porte les armes, l'étranger travaille et le devance. Mais on peut tout arranger. Il faut réserver un certain nombre de places aux étrangers et garder toutes les autres sans exception pour les Français. Mais exclure tous les étrangers des places ambitionnées, c'est éteindre le mouvement de résurrection qui se dessine dans nos écoles et créer dans tout le monde civilisé un sentiment bien justifié d'hostilité contre la France, qui de tout temps a été si renommée par son extrême hospitalité. » (*Medical Times and Gaz.*, 7 fév. 1885).

Statistique médicale aux Etats-Unis.

Les conseillers municipaux de West-Middleburg centre, petite ville du Connecticut ont décrété l'application de l'épigraphie funéraire à la statistique. Nous donnons ci-dessous la formule du bulletin mortuaire que portera chaque tombe, en prenant un exemple : « Jabez Smedley, né à Concord le 27 avril 1821, décédé à West-Middleburg Centre, le 10 janvier 1885, profession : charpentier et courtier en grains. Domicile : 9e rue, 4e avenue. Tempérament : bilioso-sanguin. Maladies antérieures : rougeole, fièvres paludéennes, fracture du cubitus gauche. Maladie finale : pleurésie double. Traitement : aconit, tartre stibié, vésicatoire à la base du poumon. Médecin : le Dr John Smith, 5e rue, 3e avenue. Certifié, après enquête et déclaré par devant notaire par les trois conseillers soussignés, Brown. Sharp, Revues. » (*Tribune de Genève* (18 mars), d'après le *New-York Times*).

Affaire Schweninger.

Sous ce titre nous lisons dans l'*Allgemeine Wiener med. Zeitung* (n° 9, p. 101) :

« Nous croyons le cas unique dans l'histoire des peuples civilisés, car on a déshonoré toute une université pour payer les honoraires de la guérison d'un prince. La consultation donnée par Schweninger à Bismark tomba à l'époque où le chancelier se décida enfin, sur les conseils réitérés de ses médecins, à prendre du repos, ce qui diminue le mérite de Schweninger. Ce dernier du reste est, paraît-il, adoré d'une manière idillyque (*sic*) par le fils du chancelier, Herbert. Chacun est indigné, et nous croyons l'affaire loin d'être terminée. »

Le parlement prussien a eu dans sa séance du 13 février à s'occuper à propos du budget de l'affaire Schweninger. Le député Dirichlet a déclaré que les 3,900 marks de traitement pour le professeur extraordinaire de dermatologie n'était pas l'essentiel, mais bien le procédé employé pour la création de la chaire et la personnalité du titulaire. On a manqué aux usages reçus jusqu'à ce jour, car on n'a pas consulté la faculté. Le titulaire a été déclaré le 13 août 1879, par la cour de Munich coupable d'attentat à la pudeur : il a fait de ce chef 4 mois de prison.

Comparons le cas à celui du Dr Möller de Königsberg qui, au bout de 20 ans de service, a été destitué à l'université de cette ville pour avoir présidé une assemblée du parti progressiste et avoir porté un toast aux députés de ce parti. Pour devenir professeur de gymnastique, natation ou danse, il faut un certificat de bonne vie et mœurs ; il paraît que, pour professer à la première université du pays, ce certificat n'est pas nécessaire.

Le ministre des cultes, v. Gowler, a répondu avec une grande franchise, qu'il avait en effet nommé professeur extraordinaire le Dr Schweninger (dont il n'a pas prononcé le nom dans le cours du débat), sans consulter la faculté, mais il a ajouté que la création de cette chaire était nécessaire. Le titulaire a prouvé sa capacité scientifique par de nombreux travaux ; en outre, beaucoup de personnes qui le connaissent bien sont convaincues qu'il a été la victime d'une erreur judiciaire. Des services éminents peuvent-ils racheter une faute ? oui. Peut-être tout autre médecin eût-il pu réussir dans la cure qui lui a valu son renom : son plus grand mérite est d'avoir su s'arranger de façon à ce que le malade suivit ses prescriptions. Il s'agissait de garder M. Schweninger à Berlin. Vous pensez bien que j'ai assez de gros bon sens pour avoir préféré un autre moyen, s'il en eût existé un. Il résulte donc de ces paroles que Schweninger, a, par son obstination seule, obtenu ce qu'il voulait.

M. Virchow soutient que cette nomination rabaisse les facultés allemandes. Le ministre des cultes n'a pu résister à des pressions d'en haut. La faculté de médecine doit veiller à la moralité des élèves, car ils auront plus tard dans la vie une position spéciale. La Société doit être sûre que les médecins ont de la moralité.

.... Dr Graf Elbenfeld au nom du parti national libéral : Nous ne nous croyons pas autorisés à faire dépendre le vote du crédit de notre opinion, de la qualification du candidat ou de sa valeur... que serait-il arrivé, si en 1856, je crois, quand le député Virchow fut

nommé professeur par le ministère Taumer, la chambre eut refusé le crédit (protestations énergiques à gauche), je n'ai voulu faire aucun parallèle avec le monsieur (*sic*) dont il est aujourd'hui question (rires à gauche). Le chef du parti national libéral se leva et déclara que le député parlait en son nom personnel, le parti ayant décidé de n'envisager la question qu'au point de vue budgétaire.

Dr Stern proposa, dans la séance du 26 février, de refuser les 3,900 marks affectés à la chaire de dermatologie. On a eu tort de laisser pendant 20 ans la chaire inoccupée. Le titulaire n'a absolument aucun titre à la chaire: il a fait autrefois des recherches anatomo-pathologiques. On pouvait lui donner une position comme médecin militaire ou l'anoblir. « Le cuisinier ne peut jamais faire un lièvre, avec un chat tué par le chasseur » (proverbe allemand).

190 voix contre 149 rejetèrent la motion Stern. Le Dr Schweninger s'est permis de suivre tout le débat dans la loge diplomatique. Chacun est outré de la conduite du député, Dr Graf d'Elberfeld président de la société des médecins allemands.

Enseignement médical libre.

Maladie des Enfants. — M. le Dr Cadet de Gassicourt, médecin de l'hôpital Trousseau, commencera ses *leçons cliniques sur les maladies de l'enfance* le *jeudi* 16 *avril*, et les continuera tous les jeudis suivants. Visite des malades à 8 h. 1/2. Leçons clinique à 9 h. 1/2.

Ophthalmologie. — M. Gillet de Grandmont commencera son cours d'ophtalmologie (médecine opératoire, exercices pratiques) le vendredi 17 avril à 8 heures du soir, à l'Ecole Pratique et le continuera les lundi et vendredi suivants.

INSTRUMENTS ET APPAREILS

Pile galvanocaustique ; par le Dr Boisseau du Rocher (1).

Depuis nombre d'années déjà, des tentatives avaient été faites pour donner à la galvanocaustie thermique toute la valeur réellement pratique qu'elle méritait. De fréquentes expériences comparatives avaient démontré ses avantages incontestables sur le thermocautère, et cependant la question était restée stationnaire. Reprise actuellement, cette question vient de recevoir sa solution vraie, et l'on peut dire que la galvanocaustie est aujourd'hui arrivée à la perfection, grâce à la réunion des qualités suivantes: 1° Pile de petit volume, n'exigeant aucune manipulation spéciale, étanche, par conséquent portative. 2° Eléments d'une constance et d'une durée exceptionnelles. 3° Nouveau liquide économique, et d'une manipulation insignifiante. — Cette pile se compose d'une auge séparée en deux compartiments par une cloison horizontale, au milieu de laquelle s'ouvre un tube qui plonge dans le compartiment inférieur. Ce dernier contient le liquide excitateur; le compartiment supérieur, les éléments zincs et charbons. A la partie supérieure du compartiment inférieur, s'ouvre un autre tube terminé par une poire en caoutchouc ; à côté, un autre petit tube se ferme avec un bouchon de caoutchouc. Enfin, sur le tube qui fait suite à la poire en caoutchouc est placé un robinet à trois voies. L'air, comprimé dans le compartiment inférieur, fait monter dans le compartiment supérieur le liquide excitateur qui vient alors baigner les éléments. Si on enlève le bouchon de caoutchouc, ou si l'on ouvre le robinet, on donne issue à l'air comprimé qui s'échappe à l'extérieur, et le liquide retombe par son propre poids dans son réservoir. Il est donc facile de baigner les éléments sur une plus ou moins grande hauteur, et l'air comprimé devient ainsi un véritable régulateur. En outre, cette disposition rend la pile très portative ; le liquide étant contenu dans un vase fermé de toutes parts, quand la pile est au repos, ne peut s'échapper au dehors pendant le transport, condition essentielle d'un appareil de ce genre. J'ajouterai que cette pile peut être construite, selon les usages auxquels on la destine, avec deux ou un plus grand nombre de compartiments juxtaposés.

Graduateur. — Les graduateurs jusqu'ici employés : fils de divers diamètres, et de diverses longueurs groupés par bobines de résistances variées; fils de diamètres convenables enroulés en hélice d'une certaine longueur, et contre lesquels on fait glisser un barreau métallique etc., outre qu'ils ajoutent une complication importante à l'appareil, sont susceptibles de bruler sous l'influence d'un courant trop puissant; ou tout au moins ils s'échauffent dans une proportion nuisible. Ils ont encore cet inconvénient à moins de multiplier à l'infini les bobines que la graduation ne peut jamais être parfaite, le passage d'une bobine à l'autre changeant trop brusquement le débit du courant. Le régulateur actuel se compose essentiellement d'un charbon glissant à frottement dans un système métallique mis en communication avec l'un des pôles de la pile. Le charbon est surmonté d'une borne destinée à recevoir l'un des fils conducteurs. L'on comprend que le courant suive une variation proportionnelle à la plus ou moins grande longueur de charbon interposé entre le fil et la pièce métallique. La disposition est telle que le graduateur au repos donne le maximum de résistance. Toute surprise disparaît donc, point essentiel pour certains cautères d'une délicatesse dangereuse. Le charbon aggloméré, préparé dans ce but, présente des avantages de durée qui en rendent l'emploi fort supérieur à toute autre combinaison ; la graduation se fait sans aucun soubressaut, puisque le frottement de la pièce métallique et du charbon est continu, et que, de plus, l'homogénéité de ce dernier est parfaite dans toute son étendue. L'opérateur a donc en réalité deux régulateurs à sa disposition, l'un au moyen de l'air comprimé en plus ou moins grande quantité dans le réservoir du liquide excitateur, l'autre au moyen du graduateur. Il peut, à volonté, et par la submersion plus ou moins grande des lames de zinc et de charbon, et par le graduateur, obtenir, instantanément s'il le veut, toutes les températures, depuis le rouge sombre jusqu'à la température la plus élevée. Enfin la disposition est telle que le liquide baignant les éléments entiers,



Fig. 25.

les différentes températures peuvent être obtenues au moyen du graduateur seul.

Liquide. — J'ai dit, au début, que cette pile avait une durée et une constance exceptionnelles. Si le mode de fonctionnement, la charpente même de la pile est importante, la question de liquide n'y est pas non plus étrangère. Prix minime ; dissolution immédiate *même dans l'eau froide*, le sel étant déliquescent ; pas de soins spéciaux pour sa conservation ; encrassement insignifiant des zincs ; aucune précipitation dans la solution, aucune cristallisation après usure : tels sont les avantages considérables du *Bichromate de soude* sur le bichromate de potasse. La non-cristallisation était d'une importance de premier ordre pour une pile à circulation, qui peut dès lors fonctionner indéfiniment sans soins ni nettoyages spéciaux.

La formule suivante nous a donné [illegible] d'effet :

Pour	1.000	—	Grammes d'eau.
—	150	—	Bichromate de soude.
—	300	—	Acide sulfurique.
—	150	—	Acide chlorhydrique.

Une seule recommandation est nécessaire : Le bichromate de soude n'est pas encore connu industriellement, et nous avons été sur le point de renoncer à l'employer à cause de la mauvaise qualité des produits qui nous ont été fournis au début, par des maisons cependant de premier ordre. Le bichromate de soude a un aspect à peu près identique à celui du bichromate de potasse ; il se présente en cristaux brillants, mais un peu plus foncés ; il doit être déliquescent.

Il me reste à dire quelques mots de la fabrication même de la pile : Connaissant par expérience les procédés de M. Chardin, j'ai mis à contribution les observations précieuses qu'il a accumulées depuis dix ans concernant la qualité des charbons, leur perméabilité spéciale, leur conductibilité et les précautions infinies qu'il faut prendre pour assurer la communication parfaite des éléments entre eux, et surtout leur parfaite conservation. Je suis heureux aussi de rendre à M. Chardin un juste hommage pour le concours efficace qu'il a bien voulu me prêter, spécialement dans cette circonstance. Il est certain que si la galvanocaustique n'a pas aujour-

(1) (*Académie de médecine.* — Séance du 24 février 1885).

d'hui toute la confiance qu'elle est en droit d'avoir, la faute est imputable à certains fabricants qui n'ont pas compris que des piles à grande production, qui emploient, par conséquent, des liquides très actifs, doivent présenter des garanties de construction exceptionnelles. Les tentatives qu'on a faites dernièrement pour remplacer les piles primaires, toutes jusqu'ici impraticables, par la pile secondaire, ou accumulateur, n'ont pas donné et ne pourront jamais donner des résultats favorables. Les accumulateurs, outre l'ennui de leur donner des soins minutieux de tous les instants, ont encore l'inconvénient qu'on ne sait jamais comment ils sont chargés, quel travail utile, par conséquent, on peut leur demander.

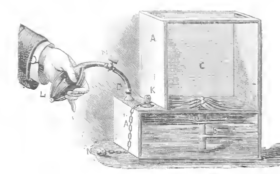


Fig. 26.

Et ils exigent toujours la présence d'une pile ou d'une machine dynamo-électrique pour être chargés. Employé pour la galvano-caustique, l'accumulateur, *bien chargé!* épuise son approvisionnement en 40 minutes au plus; après quoi il faut l'envoyer à l'Usine. La pile, au contraire, telle qu'elle vient d'être décrite, offre toutes les garanties nécessaires aux grandes et aux petites opérations chirurgicales. Quoique de dimensions restreintes, sa durée est en moyenne de *quatre heures*, avec une constance d'énergie remarquable. On a donc une pile capable de fournir un travail utile et constant pour plusieurs grandes opérations successives. Remplacer le liquide épuisé est à la fois facile et peu coûteux, et le bichromate de soude ne cristallisant pas, aucun soin spécial n'est à donner à la pile qui peut ainsi marcher pendant de longues années. Enfin l'on peut très facilement remplacer soi-même les lames de zinc et de charbon. Elle peut aussi très bien servir pour l'éclairage. Cependant, pour l'éclairage des cavités, des modifications importantes ont dû y être apportées, quoique le principe reste le même. Les essais sont terminés aujourd'hui pour l'inspection de l'estomac, de la vessie, etc., et je ferai connaître bientôt la pile telle qu'elle a dû être constituée pour ces différentes opérations, en même temps que je décrirai les endoscopes auxquels elle est destinée.

FORMULES

6. — Traitement de l'Iritis (1).

Quelle que soit la cause de l'iritis, syphilis, rhumatisme ou autre, les symptômes, au début du moins, sont toujours les mêmes. Les malades se plaignent de douleurs orbitaires et périostitaires. La *cornée* s'entoure d'un cercle rouge d'hypérémie sous-conjonctivale ; la coloration du tissu irien s'altère, l'*iris* est comme sali, épaissi, infiltré ; il réagit paresseusement à la lumière ; des adhérences rendent bientôt la pupille irrégulière. Plus tard, l'*humeur aqueuse* se trouble et quelquefois on voit de petits amas grisâtres qui, venant se déposer sur la membrane de Descemet, produisent ce l'on appelle la *kératite ponctuée* (iritis séreuse).

Le diagnostic, nettement posé, le premier soin doit être de prévenir la formation des *synéchies* en prescrivant, jusqu'à dilatation complète de la pupille, des instillations toutes les deux heures du collyre suivant :

Sulfate neutre d'atropine . . .	0.10 cent.
Eau distillée.	30 gr.

La dilatation papillaire une fois obtenue, le collyre ne sera plus instillé que deux fois par jour. Souvent l'action du collyre n'est pas assez forte pour rompre les adhérences, on pourra dans ces cas essayer d'en augmenter l'activité en instillant, avant l'atropine, 2 gouttes d'une solution à 5 0/0 de *cocaïne*, qui paraît doubler l'action de l'atropine. Si malgré cela la pupille reste contractée et que l'injection périkératique soit très vive et accompagnée de chémosis, on pourra avoir recours aux déplétions sanguines par les sangsues ou les ventouses scarifiées à la tempe. Mais en tout cas il sera bon, quelle que soit l'origine de l'iritis, de prescrire des frictions de :

Onguent napolitain	40 gr.
Extrait de belladone	3 gr.

D. S. gros comme une noisette, en frictions, chaque soir, sur le front et les tempes.

Les douleurs sont quelquefois si intolérables qu'on est obligé d'avoir recours aux injections de morphine ou au chloral pour procurer du repos aux patients. Les compresses chaudes appliquées sur les paupières sont quelquefois d'un précieux secours. C'est là le traitement de l'iritis en général, tel qu'il doit être appliqué sans retard aussitôt que le diagnostic d'iritis est posé, alors même qu'en n'en connaît pas encore la cause.

Mais si l'on trouve des antécédents spécifiques, on insistera sur les frictions mercurielles auxquelles on ajoutera l'emploi de l'*iodure de potassium* à la dose de 2 gr. par jour. Si, au contraire, après une enquête minutieuse, on ne peut trouver aucun signe de syphilis et que l'on ait affaire à un rhumatisant, c'est le *salicylate de soude*, à la dose de 3 ou 4 grammes, que l'on ajoutera au traitement indiqué plus haut. Il est bon aussi de stimuler les fonctions de la peau par des boissons chaudes, par des frictions sèches, des bains d'air chaud et sec, etc. Il ne faut pas oublier que souvent l'iritis relève d'une tare *syphilitique héréditaire* ; dans ces cas, il faut avoir recours aux injections sous-cutanées de *sublimé*, comme nous l'indiquerons pour la *kératite parenchymateuse*.

En l'absence de toute indication étiologique, en présence de ce que l'on appelle l'*iritis simple, à frigore*, il sera toujours prudent d'insister sur les *frictions hydrargyriques* qui n'ont pas seulement une action spécifique mais qui activent la résorption de tout exsudat, quelle qu'en soit la nature. Or, dans l'iritis, il faut parer au plus pressé et prévenir à tout prix les adhérences de l'iris qui peuvent amener, si l'on n'y prend garde, une obstruction complète de la pupille. L'iodure de potassium agit dans le même sens. Donc, en l'absence d'antécédents rhumatismaux bien évidents, c'est au traitement spécifique que l'on doit demander les premiers secours, même en face de negations absolues, en se réservant toujours d'avoir recours ensuite au salicylate de soude, etc.

Si le traitement n'a pas été appliqué énergiquement et continué jusqu'à disparition complète de l'affection, on court grand risque de voir l'*iritis* passer à l'état *chronique*. Des synéchies postérieures s'établissent entre l'iris et la cristalloïde, menace perpétuelle de rechutes, *locus minoris resistentiæ*, sur lequel retentissent les moindres affections diathésiques ou accidentelles, et souvent point de départ d'*iridochoroïdites*, etc., pouvant amener la perte complète de l'œil. L'*iridectomie* sera souvent le meilleur et le plus sûr moyen d'éviter tous ces accidents.

A. DARIER.

(1) Voir les nos 31, 37, 40, 46 (année 1884),et 2, 6, 11 (1885) du *Progrès médical*. Traitement des maladies des yeux à la Clinique du Dr Abadie.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — **Du dimanche 22 mars au samedi 28 mars 1885, les naissances ont été au nombre de 1118, se décomposant ainsi :** *Sexe masculin* **: légitimes, 439; illégitimes, 158. Total, 597. —** *Sexe féminin* **: légitimes, 424 ; illégitimes, 167. Total, 591.**

MORTALITÉ A PARIS.— **Population d'après le recensement de 1881, 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 22 mars au samedi 28 mars 1885, les décès ont été au nombre de 1142 : savoir : 599 hommes et 543 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Choléra : M. . F. . T. . — Fièvre typhoïde : M. 13. F. 14. T. 27. — Variole : M. 2. F. 1. T. 3. — Rougeole : M. 29. F. 25, T. 54. — Scarlatine : M. ., F. 1, T. 1. — Coqueluche : M. .. F. 2. T. 2. — Diphthérie, Croup. M. 15, F. 25, T. 40. — Dyssenterie : M. .. F. ., T. .. — Erysipèle : M. 4, F. 1, T. 5 — Infections puerpérales : 5. — Autres affections épidémiques : M. .. F. ., T. .. — Méningite tuberculeuse et aiguë: M. 28, F. 23, T. 51. — Phthisie pulmonaire : M. 121, F. 78. T. 199. — Autres tuberculoses: M. 12, F. 12. T. 24. — Autres affections générales : M. 38, F. 50 T. 88. — Malformations et débilité des âges extrêmes : M. 27, F. 31. T. 58. — Bronchite aiguë : M. 20, F. 13, T. 31. — Pneumonie : M. 52, F. 56, T. 108. — Athrepsie : M. 33, F. 27. T. 60. — Autres maladies des divers appareils : M. 172, F. 174, T. 346. — Après traumatisme : M. ., F. ., T. .. — Morts violentes : M. 20, F. 4. T. 24. — Causes non classées M. 13, F. 3, T. 16.**

Mort-nès et morts avant leur inscription **: 86 qui se décomposent ainsi :** *Sexe masculin* **: légitimes, 28 ; illégitimes, 16. Total : 44. —** *Sexe féminin* **: légitimes, 23 ; illégitimes, 19. Total : 42.**

UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES. — *Université de Genève.* Sur

l'initiative du Conseil d'Etat, le Conseil fédéral, ayant demandé au gouvernement de l'Empire d'Allemagne de placer la Faculté de Genève sur le même rang que celle de Bâle, de Berne et de Zürich, relativement aux examens des étudiants allemands qui en ont suivi les cours, le gouvernement a exprimé son regret de ne pouvoir répondre favorablement à ce vœu; ce qui l'en empêche, c'est le fait que tous les cours de la Faculté de médecine de l'université de Genève sont donnés en français (*Tribune de Genève*, du 4 mars 1885).—Lors de fondation de la Faculté de Genève, une demande semblable avait été faite sans succès auprès du gouvernement français ; il s'agissait d'obtenir l'équivalence du diplôme ou tout au moins celle de la scolarité.

Congrès international d'hydrologie et de climatologie. — Le Congrès qui devait se tenir à Biarritz, le 1er octobre prochain, est renvoyé au 1er octobre 1886.

Société française de tempérance. — Cette société a tenu sa séance solennelle le 29 mars, sous la présidence de M. A. Duverger, professeur à l'Ecole de Droit. Après avoir entendu une allocution chaleureuse de M le professeur A. Duverger, le rapport sur la situation morale et financière de l'œuvre par M. le Dr Lunier, secrétaire général, les rapports de MM. Decaisne, Froc et Ch. Tierry-Mieg et celui de M. Guignard sur les récompenses, la Société a décerné une médaille de vermeil à M. le Dr Kümmer et au pasteur M.-L.-L. Rochat, des médailles d'argent à MM. les Drs F. Jacquemart et A.-J. Devoisins, des médailles de bronze à Mlle Conte et M. Marambat ; 750 fr. répartis entre MM. les Drs Devoisins, Jacquemart, Legendre et John Lemoine, 244 diplômes de membre associé honoraire, 29 médailles d'argent, 265 médailles de bronze, 14 diplômes de membre titulaire et 421 diplômes de témoignage de satisfaction, 49 livrets de caisse d'épargne postale (550 fr.), 12 comptes rendus du congrès international de 1878, 420 manuels Pécard, 12 manuels populaires du Dr Auguste Sanden, 89 exemplaires de la conférence Homais, 184 volumes de ses bulletins et 1,148 exemplaires des années 1880 à 1884 du *Bon Conseiller*, publié sous son patronage.

Société de médecine légale. — Cette société vient de déclarer la vacanee de quatre places de *membres titulaires*. Les candidats sont invités à adresser leur demande dans le plus bref délai, au Secrétariat général, 7, rue Monsigny, à Paris.

Société protectrice de l'enfance de Lyon. — *Prix à décerner en* 1886 *et en* 1887. La Société protectrice de l'Enfance de Lyon met au concours les deux questions suivantes: 1° *Des divers modes de vaccination; De l'âge auquel il convient le mieux de vacciner; Des préjugés à combattre au sujet de la vaccination.* 2° *Etudier l'influence de la profession maternelle sur la fécondité des femmes, la marche de la grossesse, la vitalité et la santé des enfants.* En remettant cette question au concours et en donnant aux concurrents un délai de deux ans, la Société leur demande de s'appuyer, autant que possible, sur des observations et des statistiques précises. Elle préfère qu'ils s'attachent à étudier chacun l'influence d'une profession déterminée, à faire plutôt une monographie qu'un travail d'ensemble. Une ou plusieurs médailles d'or, etc., seront décernées par la Société aux auteurs des meilleurs mémoires : *Pour la première question*, dans la séance publique de 1886 ; *Pour la deuxième*, dans la séance publique de 1887. Les mémoires devront être adressés, *franco*, à M. le Dr V. Chappet, secrétaire-général, cours Morand, 20 : *Pour la première question*, avant le 31 janvier 1886; *Pour la deuxième*, avant le 31 janvier 1887. Ils porteront en tête une épigraphe qui sera répétée sous un pli cacheté, renfermant le nom et l'adresse de l'auteur. Conformément aux usages académiques, les mémoires envoyés ne seront pas rendus. La Société se réserve, si elle le juge convenable, et avec l'assentiment de l'auteur, d'imprimer elle-même, à ses frais, le mémoire ayant obtenu le premier prix.

Hygiène alimentaire. — Le Dr Laurent, président de la Société normande d'hygiène pratique, vient d'organiser à Rouen un *cours de cuisine*, analogue en tous points à ceux qui sont professés depuis longtemps déjà en Angleterre et aux Etats-Unis. La partie théorique du cours porte sur l'hygiène alimentaire, que le Dr Laurent est à même de traiter mieux que personne. Quant à la démonstration, elle est faite par un « ancien chef » qui prépare séance tenante les différents mets en ajoutant un grand nombre de remarques et d'observations utiles. L'accueil sympathique que ces leçons ont rencontré auprès du public témoigne assez de leur importance. Il y a lieu d'espérer que le concours des médecins viendra aider l'extension de cette œuvre sociale et contribuera à combler une lacune existant dans l'enseignement de l'hygiène domestique. L. B.

Chambre des Députés. — Une proposition de loi ayant pour objet d'accorder à titre de récompense nationale une pension au Dr Maillot, ancien médecin inspecteur et président du conseil de santé des armées, a été présentée par plusieurs députés à la séance du 28 mars dernier.

Médecins conseillers municipaux. — Les Drs Deschamps et Navarre ont été élus conseillers municipaux par les quartiers de la Sorbonne et de la Gare.

Etudiants italiens. — Les étudiants de Turin s'apprêtaient à faire une manifestation à propos de l'anniversaire de la mort de Mazzini; le gouvernement interdit la manifestation et à la suite de quelques désordres fit fermer l'université. Tous les étudiants des autres universités du royaume ont pris fait et cause pour leurs camarades et déclaré à l'unanimité qu'ils ne reprendraient pas leurs leçons, tant qu'on n'aurait pas rendu justice aux étudiants de Turin. L'université de Rome a été fermée, quant aux autres elles sont ouvertes, mais personne n'y entre.

Choléra. — Les journaux de Valence disent qu'il y a eu à Jativa, vingt-deux cas de coliques et 7 morts en quatre jours. Selon le Comité sanitaire l'on n'aurait pas affaire au choléra.

Banquet annuel de l'internat. — Le banquet annuel des *internes en médecine* des hôpitaux de Paris aura lieu le samedi 11 avril, à sept heures et demie, dans les salons du *Grand-Hôtel*, sous la présidence du professeur Brouardel. Le prix de la cotisation (20 francs pour les anciens internes, 16 *francs* pour les internes en *exercice*) pourra être versé dans les hôpitaux entre les mains de l'interne en médecine, *économe* de la salle de garde, ou bien remis directement à l'un des commissaires du Banquet. MM. Piogey 23 rue Saint-Georges, Bottentuit, 50, rue de Londres et Emile Tillot, 42, rue Fontaine-Saint-Georges.

Etat-civil. — M. le Dr Mangin est nommé médecin de l'état-civil du XVIIe arrondissemeut.

Prix Auburtin-Finot. — Le ministre de la guerre est autorisé à accepter le legs d'une somme de 10,000 fr. fait par Madame Veuve Finot, née Aubertin à l'Ecole du Val-de-Grâce, pour la fondation de deux prix annuels à décerner aux deux médecins stagiaires sortant les premiers de chaque promotion.

Erratum. — L'appréciation de l'enseignement de M. Charcot à la Salpêtrière que nous avons publiée dans le *Progrès médical* (n° 7, p. 138) est due non pas au *New York medical Record*, mais au *New York medical* Journal.

On nous annonce l'apparition prochaine du grand ouvrage de MM. Esmarch et Kullenkampff « *Ueber elephantiastische Formen.* » « Sur les formes éléphantiasiques » Cet ouvrage édité par M. Richter (de Hambourg), contiendra de nombreuses planches ; le prix en sera de 60 marks, mais jusqu'à la fin de juin on peut y souscrire pour 50 marks.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

PARIS. — IMP. COUPY ET JOURDAN, RUE DE RE S, 71.

13e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. I. N° 15 BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 11 AVRIL 1885.

Le Progrès Médical

CLINIQUE CHIRURGICALE

HÔPITAL DE LA CHARITÉ. — M. TERRILLON.
(SUPPLÉANT M. GOSSELIN).

Rapport des polypes muqueux des fosses nasales avec l'asthme.

Leçon recueillie par M. le Dr ROUTIER, chef de clinique.

Messieurs,

Il est toujours intéressant et utile de connaître les relations qui peuvent exister entre deux maladies qui, au premier abord, peuvent sembler éloignées et disparates. Ce rapprochement permet en outre de constater souvent que ces deux maladies sont le résultat d'une même cause, ce qui peut avoir une grande importance au point de vue de la thérapeutique. Je pourrais vous en fournir plusieurs exemples parmi les maladies qui nous sont le plus familières et que vous voyez journellement dans les services des hôpitaux. Dans le nombre, j'en choisis un moins connu et dont vous n'avez peut-être pas encore entendu parler.

Vous savez que les individus qui ont des polypes muqueux des fosses nasales sont quelquefois très gênés dans la respiration : dans la plupart des cas, tout se borne là, mais il arrive quelquefois que chez ces malades on observe de véritables accès d'asthme, et ce qui prouve bien que les deux maladies ont des rapports de cause à effet, c'est que l'asthme apparait par le fait du développement des polypes muqueux du nez pour se modifier ou disparaître quand ceux-ci sont enlevés. Cette suggestion de l'asthme aux polypes du nez est un fait assez fréquent et qui mérite d'être plus connu qu'il ne l'est actuellement. Je ne m'étendrai pas longtemps sur l'historique de cette découverte qui ne date pas de très longtemps et dont on trouve un résumé très complet dans le travail de M. le Dr Joal (*Arch. de méd.* 1882 T. IX et suiv.). Signalé par Voltolini en 1871, ce rapport curieux entre les deux maladies a été indiqué par M. Duplay dans son traité de pathologie. Hœnish, Fränkel en ont publié plusieurs exemples. Je puis aussi vous signaler les cas intéressants publiés dans la *Revue des sc. méd.*, janvier 1885).

Pour vous montrer cette relation évidente entre les deux maladies, je me contenterai de relater avec des détails suffisants les deux observations que j'ai pu recueillir. Une de ces observations vous est connue ; car je vous ai présenté la petite malade qui en fait le sujet.

OBS. I. — C'est une jeune fille de 18 ans, domestique. Elle est grasse, fraîche et d'apparence bien portante. Etant plus jeune elle a eu des rhumatismes articulaires du côté des genoux. Depuis trois ans au moins, elle se plaint de gêne dans la respiration nasale avec éternuements fréquents et écoulement abondant de mucus sans mélange de croûtes lorsqu'elle se mouche.

Ces phénomènes ont progressivement augmenté, malgré quelques périodes d'accalmie ; depuis plusieurs mois elle ne peut plus respirer par le nez.

Elle m'est envoyée à la Salpêtrière par M. le Dr Hébert, au commencement de l'année 1882.

Je constate que les deux narines sont obstruées par des polypes muqueux, volumineux, au moins ceux qui sont situés en avant. Je lui en propose l'ablation avec le polypotome. Ces polypes étaient tellement nombreux que cinq séances furent nécessaires pour débarrasser complètement la malade.

Chaque fois qu'elle revenait à la Salpêtrière (toutes les semaines), de nouveaux polypes se présentaient à l'orifice des narines. Cette repullulation apparente était probablement le résultat de la croissance rapide des polypes précédents et surtout de la descente de ceux qui, étant situés très haut, ne pouvaient trouver place à la partie inférieure des fosses nasales.

Tout ceci ne présente, du reste, rien d'extraordinaire et se voit fréquemment dans la pratique.

Ce qui rend surtout cette observation intéressante, c'est que la malade nous affirme et le médecin confirme le fait, que depuis le moment où ses narines étaient obstruées, elle éprouvait des accès d'asthme très répétés. Ceux-ci ont diminué après l'ablation d'un certain nombre de polypes.

En l'interrogeant avec soin, j'appris que depuis deux ans elle s'enrhumait facilement, et crachait des matières claires et spumeuses. Pendant ces périodes de catarrhe, elle éprouvait des accès d'étouffements surtout la nuit. Réveillée en sursaut, elle se dressait sur son lit, manquait d'air et se précipitait du lit vers sa fenêtre qu'elle ouvrait rapidement. Plusieurs fois, et ceci est intéressant, ces accès furent arrêtés par des cigarettes anti-asthmatiques, mais les accès d'asthme revenaient plus fréquemment depuis quelque temps, c'est-à-dire depuis que l'obstruction des fosses nasales s'était complétée.

La rareté d'apparition de ces accès avait succédé très rapidement aux premières séances d'extirpation des polypes, et ils disparurent complètement après l'extirpation complète.

Je fis, à cette jeune fille, plusieurs cautérisations de la *région des pédicules* avec la teinture d'iode et de l'acide chromique. Elle se crut et fut réellement guérie pendant six ou huit mois. Mais à partir de cette époque, elle vit recommencer lentement les mêmes phénomènes qu'elle avait déjà éprouvés. Enchiffrènement, éternuement, bronchite, avec attaques d'asthme, essoufflement passager et embarras constant de la respiration nasale.

Elle vint de nouveau à la Charité, à la fin de l'année 1883, de nombreux polypes obstruaient encore les deux fosses nasales. Trois séances la débarassèrent de ces productions et aussitôt les accès d'asthme disparurent complètement comme la première fois.

Depuis cette époque, la malade est débarrassée de ses accès et de ses polypes. Je l'ai revue dernièrement (août 1884), et n'ai trouvé aucune trace de productions anormales dans les fosses nasales.

OBS. II. — M. B..., âgé de 38 ans, a toujours joui d'une assez bonne santé.

Il y a trois ans environ, il sentit que sa respiration nasale était embarrassée. En même temps, un écoulement assez abondant de mucosités l'obligeait à se moucher souvent. Un médecin consulté lui affirma qu'il s'agissait là d'un coryza chronique, rendant la respiration nasale d'autant plus difficile que la conformation particulière des fosses nasales constituait chez lui une prédisposition spéciale à ce genre d'affection. M. B... a, en effet, un nez très proéminent et très aplati transversalement. Aussi, quand on examine les fosses nasales, ne trouve-t-on qu'une ouverture dont le diamètre vertical est très étendu mais dont le diamètre transversal est très étroit. Malgré le traitement

employé, la difficulté pour respirer augmentait toujours, lorsque, après quelques mois, le malade éprouva brusquement des accès d'asthme bien caractérisés, survenant pendant la nuit et s'accompagnant d'un certain degré de bronchite.

Les accès d'asthme augmentaient progressivement à mesure que les fosses nasales s'obstruaient davantage. Un chirurgien consulté constata la présence de polypes nombreux dans les deux cavités nasales. L'extraction fut pratiquée au moyen des pinces, en employant la torsion des pédicules. Cette opération fit horriblement souffrir le malade. Il eut immédiatement le bénéfice qu'on avait le droit d'attendre d'une pareille intervention. La respiration nasale reprit à peu près son caractère normal, sauf l'abondance encore persistante des mucosités.

Ce qui fut plus frappant encore, c'est la disparition absolue, à partir de ce jour, des accès d'asthme. Un certain degré de bronchite persista,il est vrai,quelque temps, puis disparut. Cette guérison apparente dura plusieurs mois, pendant lesquels le malade respirait facilement la bouche fermée. Mais lentement, progressivement, comme la première fois, la respiration s'embarrassa de nouveau et des accès d'asthme, d'abord légers, reparurent.

C'est alors que je vis le malade. On trouvait facilement des polypes obturant complètement la fente étroite des fosses nasales de chaque côté. Comme le malade avait une crainte terrible de l'opération pratiquée par arrachement et que je n'emploie du reste jamais cette méthode, j'enlevai les polypes les plus saillants et les plus apparents avec le serre-nœud de Wilde, introduit dans les fosses nasales. A cause de l'étroitesse de l'ouverture qui empêchait de manœuvrer l'instrument avec facilité dans la profondeur, et enfin, à cause de la crainte du malade qui avait le souvenir de sa première opération: je dus pratiquer l'ablation totale en trois séances. Dans l'intervalle de chacune d'elles, les polypes situés très haut descendaient et devenaient plus visibles. Le nombre total des polypes enlevés a été de douze ou quinze au moins.

Dès les premières séances, l'amélioration des phénomènes asthmatiques se fit sentir, mais ils ne disparurent pas complètement. La bronchite qui les accompagnait persista aussi quelque temps. La guérison parut cependant s'établir comme à la suite de la première opération, mais elle dura peu. Après quelques mois, les polypes recommencèrent à se développer et la respiration devint plus gênée ; les accès d'asthme reparurent, mais avec moins d'intensité qu'auparavant. Ceci se passait vers la fin de l'année 1883.

Depuis cette époque, les choses se sont peu modifiées, sauf que les accès d'asthme n'existent plus. Cela tient surtout au mode de traitement employé.

Au lieu de laisser les polypes se développer et descendre dans les fosses nasales de façon à pouvoir être atteints facilement par le polypotome, j'ai soin de les cautériser de temps en temps de façon à les empêcher de se développer complètement.

Grâce à ce moyen, les narines ne sont pas complètement oblitérés, le malade respire un peu par le nez, et le peu de place qui sert pour le passage de l'air a paru suffire, les accès d'asthme ont disparu.

Dans ces deux observations, le rapport entre l'affection des fosses nasales et l'asthme était bien évident, aussi est-il inutile d'insister. L'ablation des polypes a rétabli la respiration normale et empêché les accès d'asthme à plusieurs reprises. Actuellement, le passage de l'air se faisant facilement, tous les phénomènes thoraciques ont disparu.

Permettez-moi, Messieurs, de profiter de cette occasion pour appeler votre attention sur la meilleure méthode opératoire qu'il convient d'employer dans l'ablation des polypes muqueux. Je ne ferai que vous expliquer la méthode que vous m avez vu employer déja plusieurs fois, que je considère comme très supérieure à celle qui était en usage autrefois et qu'emploient du reste encore quelques chirurgiens ; on se servait, en effet, simplement de pinces plus ou moins solides, droites ou légèrement courbées (Duplay), qu'on introduisait dans les narines. Au moyen de ces pinces, ouvertes aussi largement que possible, les polypes étaient saisis fortement. Quelques expirations violentes, pratiquées par les malades, facilitaient beaucoup cette manœuvre. Grâce à elles, le polype était projeté entre les mors de la pince et facilement saisi. Alors, au moyen d'un mouvement de torsion, suivant l'axe de la pince, le polype était bientôt arraché.

Déjà douloureuse et assez pénible pour le malade, lorsqu'on se contentait d'enlever les premiers polypes qui se présentaient à l'orifice, cette méthode était cependant supportable. Mais, lorsque, après le premier arrachement, la pince était introduite de nouveau au milieu du sang, la chance, seule, permettait de saisir les polypes restant, souvent très nombreux. Alors commençait une série de recherches souvent infructueuses, suivies souvent de la déchirure et de l'arrachement violent de lambeaux de muqueuse ou de cornets saisis au hasard. La douleur était excessive pendant ces manœuvres. Ceci constituait déjà un inconvénient grave de cette méthode aveugle. Mais le plus sérieux était l'arrachement des cornets, la dénudation des os, qui causaient des suppurations abondantes et prolongées, des accidents variés.

Il n'est donc pas étonnant que, depuis quelques années, ce procédé ait été abandonné pour être remplacé pour l'ablation de ces tumeurs par un instrument spécial agissant avec plus de précision. Le polypotome de Wilde rappelle les serre-nœud de Graefe et de Maisonneuve quoique agissant autrement. L'instrument se compose d'une tige creuse légèrement coudée à l'extrémité de laquelle se déplace une anse de fil de fer. Celle-ci peut être resserrée rapidement au moyen d'un mécanisme spécial de façon à étrangler et à couper les parties qui sont emprisonnées. La manœuvre de l'instrument se fait d'une seule main. Introduit avec son anse ouverte dans le spéculum nasi après un éclairage des fosses nasales au moyen d'un miroir frontal, il permet de saisir les polypes avec précision. On peut les prendre les uns après les autres et les choisir pour ainsi dire à mesure qu'ils se présentent à l'ouverture. Grâce à la façon dont se fait la section au niveau du pédicule, l'écoulement de sang est presque insignifiant et masque peu la partie profonde. La douleur est nulle et le patient se plaint seulement de chatouillement dû à l'introduction de l'instrument. Enfin le grand, le réel avantage de ce mode d'ablation, consiste dans la précision des manœuvres et la certitude que l'on a de ne pas saisir les cornets et de ne pas déchirer la muqueuse. Ce polypotome est actuellement employé par la plupart des chirurgiens.

J'ai, dans un travail publié par le *Bulletin de thérapeutique*, insisté sur ses avantages et ses inconvénients. Je vous renvoie, pour plus de détails, à cet article qui vous donnera des renseignements plus complets sur l'emploi de cet instrument. Le polypotome n'est cependant pas un instrument parfait, il a plusieurs inconvénients que je vais vous signaler, car vous aurez, probablement comme moi, l'occasion de l'employer, et vous pourriez éprouver quelque embarras. Le premier consiste dans ce fait qu'il est impossible de débarrasser, en une seule séance, le malade de tous les polypes quand ils sont nombreux. Ceux qui sont situés très

haut, cachés primitivement par ceux qui ont été enlevés, ne peuvent être saisis avec l'anse métallique. Cela tient à leur position dans les parties les plus étroites des fosses nasales supérieures Ce n'est qu'après plusieurs jours que ceux-ci descendent à leur tour, leur pédicule s'allonge car ils sont sollicités, par l'air expiré, à se porter en avant. On peut alors les atteindre, comme les premiers, et les extraire facilement. Ces séances sont renouvelées plusieurs fois quand le nombre des polypes est considérable.

Un autre inconvénient, beaucoup plus rare, mais beaucoup plus sérieux vient de la conformation spéciale des narines. Chez les individus dont le nez est proéminent et aplati transversalement, les narines deviennent tellement étroites que chez eux, il existe entre la cloison médiane et les parties latérales, un espace très restreint rendant l'éclairage profond très difficile. Dans ces conditions, la manœuvre d'un instrument, même étroit, devient impossible. Lorsqu'un polype se présente dans cette fente verticale, il est encore possible d'introduire l'anse du polypotome en la disposant verticalement. Elle passe facilement entre le polype et la paroi. Mais quand il s'agit de placer cette anse horizontalement pour y faire pénétrer le polype, cette manœuvre ne peut s'effectuer et l'anse ne peut changer de position.

J'ai vu quelques cas, dans lesquels, malgré toutes tentatives, je n'ai pu saisir les polypes alors qu'il s'agissait de cette conformation spéciale des fosses nasales. Pour obvier à cet inconvénient, j'ai imaginé une pince spéciale qui s'ouvre facilement dans la profondeur des fosses nasales et saisit les polypes ou leurs pédicules. La section de ceux-ci se fait au moyen d'un mécanisme spécial que je vous décrirai plus tard, quand cet instrument sera perfectionné. Grâce à lui, j'ai pu délivrer un de mes clients de douze polypes qu'il m'avait été impossible d'atteindre avec le polypotome.

Je vous rappellerai, en terminant, qu'il est très recommandé dans le but d'éviter la récidive si fréquente de ces polypes de toucher les parties où ils étaient implantés et leur pédicule, avec une solution caustique. Mais sachez que les pédicules sont difficiles à voir immédiatement après l'opération, à cause du sang, et même plus tard à cause de la profondeur de leur implantation.

Aussi, je suis à peu près persuadé que ceux qui ont prétendu les cautériser, se sont souvent illusionnés et ont simplement cautérisé les parties supérieures des fosses nasales ou leurs parois. N'oubliez pas aussi que, pour les polypes d'autres régions (utérus, etc.) les pédicules une fois séparés de la masse qu'ils soutenaient ou qu'ils nourrissaient, se flétrissent rapidement ou disparaissent. Il est donc probable, sinon certain, que la récidive ne se fait nullement par le bourgeonnement du pédicule. Elle est causée surtout par le fait de la maladie de la muqueuse qui, après avoir fourni plusieurs polypes, continue à en fournir encore.

Cela est d'autant plus vrai que, très souvent, après avoir enlevé successivement ou ensemble plusieurs polypes, on voit, quand les narines sont larges, à une grande profondeur, des polypes très petits, semblables à une framboise qui ne demandent qu'à se développer ensuite.

Ces petits polypes constituent bien réellement la cause des récidives qui surviennent après quelques mois. Aussi est-il bon de toucher avec un des agents caustiques dont je vous ai parlé la région des pédicules, car de cette façon vous avez des chances de modifier ainsi la muqueuse elle-même et vous flétrirez à coup sûr les polypes minuscules tout préparés à se développer. Les meilleurs liquides à employer sont la teinture d'iode et l'acide chromique. La teinture est peu dangereuse, mais son application est douloureuse. Une solution d'acide chromique, à moitié ou au tiers, est meilleure, plus active, et modifie plus profondément la muqueuse. Mais elle est plus délicate à manier à cause de ses propriétés caustiques énergiques. Il est bon de ne pas trop imbiber le petit tampon de ouate qui, fixé à l'extrémité d'un fil de fer, sert à porter le caustique sur le point malade. Ces cautérisations doivent être assez fréquemment renouvelées pour produire un effet durable, ce dont on s'aperçoit bien par le maintien de la liberté de la respiration nasale.

REVUE CRITIQUE

Sur l'anatomie pathologique et la pathogénie du béribéri (1) ;

Par G. GUINON, interne des hopitaux.

Nous reprenons aujourd'hui l'historique du béribéri au point où nous l'avons laissé dans le dernier numéro.

Un médecin brésilien, M. de Lacerda (2) a également voulu faire du béribéri une maladie par intoxication. Selon lui. ce n'est plus des graines de gesse qu'il s'agit; mais des grains de riz. M. de Lacerda n'a pas été conduit dès l'abord à chercher un aliment béribérigène, il s'est d'abord appliqué à démontrer la nature *infectieuse*, *parasitaire* de la maladie. Pour cela, il fit au bout de la langue d'un malade une piqûre avec une aiguille, et cultiva dans du bouillon de vache le sang ainsi recueilli. Dans le liquide de culture il trouva des microbes, dont il observa soigneusement l'évolution : globules réfringents se transformant en un réticulum; et enfin, troisième phase, réduction et transformation en bâtonnets. L'inoculation de ce bouillon à des lapins les tuait plus ou moins rapidement, et à l'autopsie on retrouvait en grand nombre dans les organes, les bacilles découverts dans le liquide de culture. M. de Lacerda a indiqué les propriétés du microbe du béribéri. Il vit dans l'alcool et est *aérobie*; il ne supporterait pas une température de 90°.

Mais ce n'est pas tout. L'auteur apprit alors qu'un malade atteint de béribéri avait consommé une grande quantité de riz dont une partie était altérée. Il examine les grains atteints et il y retrouve son microbe. Il fait manger des mêmes grains à un rat, qui en meurt et dans les organes duquel il retrouve toujours le même bacille. Il fait alors bouillir ce riz altéré, et cultive dans le liquide ainsi recueilli, le même bacille qu'il avait cultivé dans le sang pris sur la langue de ses malades. Tout cela est d'une clarté et d'une précision parfaites — sauf peut-être ceci : à savoir que M. de Lacerda, après avoir observé que son bacille ne résiste pas à une température de 90°, a ensemencé son second bouillon de culture avec des grains de riz qu'il avait fait bouillir dans l'eau.

Quoi qu'il en soit, M. Rochard ne s'est pas montré satisfait. Il s'est méfié de l'enthousiasme scientifique de M. de Lacerda, qui venait successivement de découvrir le microbe du venin des serpents, celui de la fièvre jaune et celui du béribéri — et il a demandé, comme preuve, que l'inventeur envoyât de son bouillon de culture à M. Pasteur, qui jugerait en dernier ressort. Je ne sache pas que

(1) Voir le *Progrès médical*, n° 14.
(2) *Acad. méd.*, 29 janvier 1884 (Rapport de M. Rochard sur le travail de M. de Lacerda).

M. de Lacerda nous ait expédié des tubes de son microbe — et puis, qui sait? il n'eût peut-être pas supporté la traversée.

Kœniger a décrit récemment une épidémie de béribéri qu'il a observée à Manille pendant les années 1882 et 1883 (1). Dans un chapitre qu'il consacre spécialement à la nature de la maladie, il ramène à deux opinions les diverses théories qui ont été émises sur la pathogénie du béribéri. La première fait résider la cause de la maladie dans un trouble de la nutrition. La seconde l'attribue à un poison spécifique. Wernich, un des défenseurs de celle-là, appelle le béribéri : « Une maladie constitutionnelle chronique de « l'hématose et du système vasculaire, certainement de « nature non miasmatique. » Scheube, au contraire, est le champion de la seconde opinion. Kœniger ne connaissait pas, au moment où il écrivait, le second mémoire de cet auteur, car il donne comme objection que la névrite trouvée par lui ne l'a pas été dans des cas de béribéri purs, mais compliqués de fièvre typhoïde et de syphilis cérébrale, et nous verrons que les résultats des premières recherches de Scheube ont été pleinement confirmées par la seconde série de ses examens. Néanmoins Kœniger ne révoque pas absolument en doute les résultats obtenus. Mais il nie que la cause première de la maladie réside dans cette névrite. Il faudrait, dit-il. la preuve que les altérations siégeant dans les muscles et le système vasculaire sont secondaires et dépendent de la lésion des nerfs. En outre, selon lui, pourquoi aller chercher en dehors une cause au mal dans un élément étranger, tandis que nous pouvons le trouver au dedans de nous, dans une sorte d'amoindrissement dans l'ensemble de notre organisme. Ainsi, pour Kœniger, la cause du béribéri réside dans un trouble de la nutrition. Et cela est si vrai, dit-il, que « j'ai été à même d'affir- « mer à des Indiens qui vivaient dans des maisons infestées « de béribéri, mais qui se distinguaient par une bonne « nutrition générale, qu'ils seraient épargnés par le mal, « et je ne me suis jamais trompé ». Selon cet auteur. dans le cas particulier, dans l'épidémie qu'il décrit, la misère, les chagrins, la peur suscitée par l'épidémie, ont joué un grand rôle dans le développement de cette altération de la nutrition.

Ce fait n'est pas, d'une façon absolue, caractéristique d'une maladie par trouble de la nutrition. On ne conteste plus guère aujourd'hui la nature infectieuse de la fièvre typhoïde. de la pneumonie, de la diphtérie, et cependant l'on sait que l'affaiblissement. les privations, la misere physique et physiologique sont des causes prédisposantes d'une efficacité indéniable, et ne constituent en somme qu'une porte d'entrée. Il pourrait bien en être de même pour le béribéri.

Arrivons maintenant aux auteurs qui font du béribéri une *névrite* de *nature infectieuse.* Dans un mémoire paru presque en même temps que le premier travail de Scheube. Baelz (2), compare le béribéri à ces névrites qu'on observe dans les paralysies périphériques, et il pousse la comparaison jusqu'à faire de ces névrites observées dans nos climats de véritables cas de béribéri sporadique.

Dans son premier travail, Scheube n'avait apporté, et on le lui a reproché, que des cas non absolument purs de Kakké. Mais dans le second, il fournit une série de dix-sept autopsies dont les résultats sont identiques et il maintient sa théorie qu'il avait ainsi résumée en quelques mots : « Dans la forme atrophique ce sont principalement « les filets moteurs avec les muscles, qui sont atteints. « Dans la forme œdémateuse, les vaso-moteurs. Dans la « forme pernicieuse, les pneumogastriques. Dans les formes « rudimentaires, tous les nerfs ne sont que légèrement « touchés. »

Scheube décrit minutieusement chacune de ses autopsies en particulier ; l'aspect macroscopique des organes, les préparations microscopiques des viscères, des nerfs, qui ont été faites. Constamment, il a rencontré les altérations bien connues de la névrite : segmentation de la myéline, résorption de la myéline et du cylindre axe ; prolifération nucléaire dans le tissu conjonctif intrafasciculaire, et dans ce même tissu altérations inflammatoires très nettes au niveau des vaisseaux, pouvant arriver à la longue jusqu'à une véritable cirrhose. La dégénérescence est toujours beaucoup plus accentuée dans les branches musculaires des nerfs que dans les troncs, qui peuvent même quelquefois être normaux.

Macroscopiquement la moelle a toujours paru normale, sauf une légère hyperhémie et de l'épanchement dans les méninges. L'examen microscopique a été fait dans six cas. Cinq fois elle a été trouvée normale. Dans un cas de son premier travail, l'auteur a noté à la partie moyenne de la portion dorsale une atrophie et une disparition partielle des cellules des cornes antérieures. Mais il considère cette lésion comme secondaire. Dans un cas les racines rachidiennes émanant de la moelle lombaire présentaient un certain degré de prolifération nucléaire, ainsi que les ganglions spinaux y attenant.

Scheube n'est d'ailleurs pas le seul qui ait trouvé des altérations de la moelle dans des autopsies du béribéri. M. Ballet en a publié un cas (1). Le malade avait été atteint au Brésil de béribéri à forme paralytique. Puis une atrophie musculaire des quatre membres était survenue; beaucoup plus prononcée aux membres inférieurs. Quand M. Ballet le vit, la paralysie disparaissait, mais l'atrophie était encore considérable. Le malade mourut tuberculeux, et à l'autopsie, on trouva une atrophie des grandes cellules des cornes antérieures de la moelle, comme dans l'atrophie musculaire progressive, marquée surtout à la région lombaire et principalement à gauche. Ces lésions ne sont évidemment pas caractéristiques du béribéri, mais sont le résultat d'une détermination vers la moelle, dont les autres traces avaient complètement disparu. Mention n'est pas faite de l'examen des nerfs.

Plus récemment, M. P. Mendès (de Bahia) a trouvé également des lésions de la moelle (2). Mais il déclare ne pas accepter de théorie purement anatomo-pathologique, sans s'expliquer plus longuement au sujet des rapports de cause à effet qui peuvent exister entre les lésions constatées et le béribéri. Dans la substance blanche, il a noté, *seulement au niveau des cordons de Goll,* une altération notable des fibres nerveuses sans néoformation embryonnaire dans la névroglie. Dans la substance grise, les lésions sont beaucoup plus accentuées dans les régions cervicale et lombaire, dans cette dernière surtout, et là elles prédominent dans les cornes postérieures. Elles consistent en une atrophie et une disparition des cellules nerveuses, sans lésions appréciables de la névroglie, qui n'est qu'un peu épaissie. En outre, il a observé des corps granuleux nombreux et,

(1) Kœniger. — *Ueber epidemisches Auftreten von Béribéri in Manila* (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, 1884. p. 419.)

(2) Baelz. — *Ueber das Verhältniss der multiplen peripherischen Neuritis zur Beriberi* (*Panneuritis endemica*) (*Zeitsch. f. klin. Med.*, 1882). — *Mittheilungen der deutsch. Gesellschaft f. natur. und Volkerkunde Œstasiens*. 1882.

(1) Ballet. *Sur une forme de paralysie générale spinale curable consécutive au béribéri.* — *Soc. anat.*, juillet 1883.

(2) P. Mendès. *Contribuição ao estudo do beriberi.* — *Gaz. med. da Bahia*, sept. et oct. 1884.

fait important, la présence de *parasites* dans le calibre des vaisseaux dilatés. Il ne s'étend pas sur ce dernier point, se réservant de décrire ultérieurement ces microbes, qu'il ne fait actuellement que constater. Du côté des nerfs rachidiens, il a noté les lésions de la névrite dans les racines antérieures et postérieures et dans le tronc des nerfs, au delà du ganglion rachidien. Les nerfs pneumo-gastriques, dans lesquels il s'attendait à trouver des altérations. probablement en raison des symptômes constatés pendant la vie, mais dont il ne fait pas mention, n'ont pu être examinés. Et le fait est d'autant plus regrettable, que cet examen eût pu venir confirmer les résultats obtenus par Scheube relativement à ces mêmes nerfs (1).

En effet, il insiste particulièrement sur les désordres fonctionnels liés à la névrite du pneumogastrique. Neuf fois il a trouvé des lésions plus ou moins légères dans les rameaux cardiaques de ce nerf, dans le plexus cardiaque, dans la branche du sillon longitudinal du cœur, deux fois dans le tronc même du nerf et dans le recurrent. « Rien « d'étonnant, ajoute-t-il. à ce que les altérations constatées « dans le nerf vague et ses branches aient été moins pro- « noncées que dans les nerfs périphériques ; car ce sont « des nerfs vitaux. La mort arrive avant que les lésions « aient pu y atteindre un aussi haut degré que dans les « nerfs périphériques. »

Dans un cas où les signes de l'emphysème pulmonaire avaient été constatés pendant la vie, on trouva à l'autopsie de la dégénérescence des nerfs du poumon. Et à ce propos l'auteur rappelle les cas de Tuckzek et de Langer, dans lesquels, entre autres symptômes, la névrite du pneumogastrique s'était manifestée par de l'emphysème pulmonaire.

Il rapproche les lésions inflammatoires qu'il a notées deux fois dans le myocarde, de celles qui ont été décrites dans la diphthérie. (Birch — Hirschfeld — Leyden), et dans ces cas il attribue les symptômes cardiaques observés non seulement à la lésion du nerf vague, mais aussi à la myocardite.

En parlant plus haut de la théorie de Lodewijks et Weiss, nous avons vu que Scheube n'avait que rarement rencontré l'athérome et jamais en assez grande quantité pour pouvoir en faire la cause du béribéri.

Les différents organes ne présentent pas d'altérations caractéristiques. La dégénérescence granulo-graisseuse a été observée dans le foie et les reins. De petits foyers ont été également rencontrés dans ces organes, ainsi que dans les muscles. L'hypertrophie de la rate, notée souvent, est attribuée à la malaria, qui sévit d'une façon endémique à Java, et nullement au béribéri.

L'ankylostome duodénal, très fréquent dans ce pays, a été observé treize fois sur quinze, et il ne serait pas, suivant l'auteur, sans une certaine influence sur le développement de l'anémie souvent si prononcée dans la maladie.

Parmi les collections séreuses, c'est l'hydropéricarde qui s'est rencontré le plus fréquemment (75 fois sur 100 en moyenne), mais souvent en si petite quantité, qu'on ne peut guère lui faire jouer un rôle dans le mécanisme de la mort.

Quant aux complications, la tuberculose est rare (deux fois en tout), de sorte que l'auteur croit à une sorte d'incompatibilité entre les deux maladies, fait qui avait aussi été constaté par Wernich. Les autres complications sont purement accidentelles.

(1) Le travail de M. P. Mendès est encore en cours de publication et dans la dernière partie parue il décrit les lésions des nerfs périphériques, promettant de s'occuper ultérieurement des altérations des ganglions rachidiens et des petits ganglions nerveux périphériques.

En ce qui concerne les micro-organismes, que Scheube a recherchés dans tous les organes avec le plus grand soin, il n'a pu en découvrir nulle trace. Il aurait fourni par là la preuve indéniable de la nature infectieuse de cette névrite qui constitue le béribéri. Il a bien deux fois. dans de petits foyers du foie et de la rate, observé des bacilles et des coccus, mais il est évident pour lui qu'ils sont le résultat d'altérations post-mortem. Malgré cela il n'en maintient pas moins que la maladie est de nature infectieuse et selon lui « plusieurs faits plaident en faveur de « cette hypothèse, à savoir : 1° l'altération granulo-grais- « seuse des parenchymes : foie et reins ; 2° les petits foyers « plusieurs fois constatés dans le foie, les reins, le cœur « et les muscles. Enfin les cas aigus paraissent être accom- « pagnés d'un gonflement, il est vrai, peu accentué. de la « rate ». Et, ici, l'auteur fait allusion aux cas observés au Japon, car, ainsi que nous l'avons vu, l'hypertrophie de la rate ne peut avoir de valeur à ce point de vue dans un pays où la fièvre intermittente est aussi fréquente qu'à Java.

Tels sont les résultats des recherches de Scheube. Il nous semble qu'ils ont nettement établi l'anatomie pathologique du béribéri. Quant à la cause première de cette névrite multiple, quant à la nature intime de la maladie, il faut encore de nouvelles recherches pour éclairer définitivement ce point obscur de pathologie exotique.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Sur la mortalité des enfants du premier âge (1).

Mortalité des enfants allaités artificiellement et alimentés prématurément ; l'athrepsie. — Comme conséquence de la misère et des entraves à l'allaitement maternel, surgit l'allaitement artificiel avec tous ses dangers. Dans les pays à industrie nourricière, cet allaitement artificiel règne sur une vaste échelle. Qui dira le nombre des victimes du biberon et du petit pot ?

A Paris, le nombre des enfants élevés au biberon est considérable et la mortalité qui les frappe est effrayante. On désigne sous le nom d'*athrepsie* (Parrot) la gastro-entérite, la diarrhée infantile trop souvent mortelle qui s'observe presque exclusivement chez les enfants allaités artificiellement ou alimentés prématurément. Or, à Paris, en 1882, l'athrepsie a fait 4,510 victimes parmi les enfants âgés de moins de un an. Sur ces 4,510 nourrissons, un petit nombre seulement sont inscrits comme élevés au sein. De plus, il est bien évident que les enfants au sein qui meurent d'athrepsie ont été alimentés prématurément et que, par conséquent, la totalité des décès (4,510) doit être mise sur le compte de l'*alimentation vicieuse* (allaitement artificiel, mixte, alimentation prématurée) (2). En effet, les médecins chargés de recueillir les éléments de la statistique mortuaire, ne peuvent pénétrer tous les détails des causes des décès ; ils mentionnent les renseignements qu'on veut bien leur donner. Pour nous qui voyons, à la Villette, au dispensaire de la Société philanthropique, un grand nombre d'athrepsiques, nous n'avons pas encore rencontré un seul cas de cette maladie chez les enfants *nourris exclusivement au sein*.

Si nous étudions les variations saisonnières de l'a-

(1) Voir le *Progrès médical*, n° 12.

(2) En 1884, le chiffre des décès par athrepsie s'élève à 4972 dont 4369 pour les enfants de 0 à 1 an (Dr Jacques Bertillon).

thropsie, nous trouvons le chiffre le plus élevé en août (717 décès) et le plus faible en février (312 décès). Cette différence considérable entre les mois d'été et les mois d'hiver ne s'expliquerait pas dans les cas d'allaitement naturel. L'allaitement artificiel, au contraire, explique très bien ces variations : fermentation du lait, acidité, microbes développés en grand nombre dans les biberons, etc., etc.

L'athrepsie sévit cruellement sur la classe pauvre et l'influence de la misère se révèle ici d'une manière éloquente. Le riche VIII[e] arrondissement de Paris n'a présenté depuis le début de l'année 1885 jusqu'au 1[er] mars que 2 décès par athrepsie, tandis que le XIII[e] (population à peu près égale), a eu 42 décès (1).

La mortalité par athrepsie serait donc vingt fois plus élevée dans les quartiers pauvres que dans les quartiers riches. Cela tient évidemment à ce que l'allaitement artificiel, rare dans le quartier de l'Elysée, est très répandu dans le quartier des Gobelins. Cela tient aussi vraisemblablement à ce que l'alimentation prématurée, qui est la règle dans les classes pauvres et ignorantes, est l'exception dans les classes riches et éclairées.

De tous les procédés d'allaitement artificiel, celui qui fait usage du biberon à long tube est le plus meurtrier. Récemment nous observions, à la Villette, une femme N..., portant à la consultation un enfant de 6 mois athrepsique et moribond. Cet enfant, qui n'a pas tardé à succomber, était au biberon, 9 frères ou sœurs nourris de la même façon avaient déjà succombé (mortalité 100 pour 100).

Tous les jours nous rencontrons des exemples qui, pour être moins émouvants que ce dernier, donnent une idée saisissante de l'étendue du mal que nous signalons.

L'alimentation vicieuse des nourrissons n'a pas seulement à son actif une *mortalité* excessive ; nous devons aussi lui imputer une *morbidité* considérable, puisqu'elle engendre de véritables légions de scrofuleux et de rachitiques (2). Tous ces débilités, tous ces ratés de l'enfance feront-ils plus tard des hommes sains et robustes ? Il est permis d'en douter. On peut ainsi entrevoir l'étendue des désastres qu'une simple infraction à l'hygiène infantile peut provoquer quand elle est répandue et enracinée dans les couches profondes de la population parisienne.

La syphilis comme cause de mortalité des enfants en bas age. — Sur les 10,541 enfants qui succombent à Paris avant l'âge d'un an (annuaire statistique de 1882) auxquels il faut ajouter 5,170 mort-nés et un nombre incalculable d'avortements, combien de décès sont imputables à la syphilis ? Aucun, si nous voulons nous en tenir aux statistiques officielles qui sont absolument muettes sur cette cause de mortalité. Beaucoup si nous consultons la clinique et les médecins qui savent mesurer toute la portée de cette grande maladie.

(1) En août 1884, 835 décès par athrepsie, en janvier 1884, 216 seulement.

(2) L'allaitement artificiel est si mal compris et si mal exécuté chez nous, surtout dans la classe pauvre, que lorsqu'il ne tue pas l'enfant dans le cours de la première année, il en fait à coup sûr un rachitique ou un scrofuleux qui mourra jeune ou qui, s'il vit assez pour atteindre l'âge viril, fera souche de sujets condamnés d'avance à toutes les misères d'une cachexie héréditaire (J. Bergeron. — *Congrès international d'hygiène.* Paris, 1878.)

Les renseignements saisissants que M. le professeur Fournier produisait récemment à la tribune de l'Académie (1) sont de nature à éclairer vivement sur le rôle considérable que la syphilis joue dans la mortalité des jeunes enfants.

Voici les chiffres : 200 observations prises en ville par M. Fournier (père syphilitique, mère non infectée) ont donné les résultats suivants : 403 grossesses, 115 enfants morts, soit 28 pour 100 de mortalité. *Les enfants issus d'un père syphilitique et d'une mère saine meurent, du fait de la syphilis paternelle, dans la proportion d'au moins 1 sur 4.* Cette mortalité devient effroyable quant la mère vient à être infectée ; on a vu des femmes syphilitiques avorter 2, 3, 4, 5, 6, 7 et jusqu'à 11 fois de suite.

Sur 44 femmes de la clientèle de M. Fournier devenues enceintes alors qu'elles étaient affectées d'une syphilis toute récente, il y a eu 43 enfants morts sur 44 naissances !

Autre statistique : 100 femmes syphilitiques ont eu 208 grossesses qui ont donné 148 enfants, ce qui équivaut à une mortalité de 71 pour 100. A l'hôpital, le taux de la mortalité s'élève encore, puisque M. Fournier donne le chiffre de 86 pour 100 à Lourcine, 84 pour 100 à St-Louis. Cette polymortalité des jeunes aboutit souvent à *dépeupler le foyer domestique* et à faire *table rase* dans les familles syphilitiques.

M. Ribemont a communiqué à M. Fournier le fait suivant : une femme qui reçut la syphilis de son mari dès les premiers temps de son mariage, et qui ne s'en traita pas, eut 19 enfants morts sur 19 grossesses !

Voulant éviter le reproche d'exagération qu'on eût pu lui adresser, M. Fournier emprunte à différents auauteurs, la plupart membres de l'Académie, la statistique suivante qu'il appelle la *statistique de tout le monde.*

491 grossesses (un seul des générateurs ou les deux étant syphilitiques) fournissent un total de 109 enfants vivants contre 382 morts, soit une mortalité de 77 pour 100. Au total, sur près de 1,500 observations empruntées aux sources les plus diverses, M. Fournier trouve la proportion de 68 pour 100 de mortalité qu'on peut accepter comme suffisamment exacte.

Qui peut nier après l'éloquente communication de M. Fournier, que la syphilis prenne une part considérable dans la mortalité de l'enfance et qu'elle ait sa place parmi les facteurs de dépopulation que l'Académie s'efforce de déterminer ?

Si nous voulions être complet, nous chercherions à faire la part des autres maladies épidémiques, contagieuses, etc., qui frappent la première enfance avec sévérité, surtout dans les grandes villes, et contre lesquelles l'hygiène publique et privée peut avoir une heureuse influence. Mais ce serait compliquer outre mesure une question déjà fort difficile.

Dr J. Comby.

(1) 3 mars 1885.

Fécondité. — On nous a raconté un trait qui, sous le premier empire, eût sans doute valu une haute prime à ses auteurs. Cette année ont tiré au sort *quatre frères* provenant de deux grossesses gémellaires survenues et échues en temps utile. Le fait s'est passé à la Croix-Rousse. (*Lyon médical.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 7 avril 1885.—Présidence de M. U. Trélat.

M. Gautier lit un *rapport* sur le service des *Eaux minérales.*

M. Méhu lit un *rapport* sur les *remèdes secrets.*

Election d'un membre correspondant national dans la première division. — Sont présentés en première ligne, M. Mignot (de Chantelle); en deuxième ligne, M. Rollet (de Lyon); en troisième ligne, M. Feltz (de Nancy). M. Oré (de Bordeaux) est adjoint à cette liste. Votants: 52. Majorité: 27. Au premier tour de scrutin, M. Oré est élu par 33 voix, contre 10 à M. Mignot, 7 à M. Rollet et 2 à M. Feltz.

M. Vaslin (d'Angers) lit une observation d'*ostéosarcome à forme pulsatile* de l'extrémité inférieure du fémur gauche, chez un vieillard de 72 ans.

M. Viard (de Montbard) lit un mémoire relatif au *traitement de l'angine diphthéritique* par la cautérisation au nitrate d'argent.

L'Académie se constitue en comité secret. A. J.

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE.

Le 6 avril 1885, à 10 heures du matin, le Congrès se réunit en séance préparatoire et l'on procède à la nomination du bureau: à l'unanimité, M. le professeur U. Trélat est élu président du Congrès et le professeur Ollier, vice-président. Sont nommés présidents d'honneur: MM. Verneuil, Tilanus (d'Amsterdam), Socin (de Bâle), Rochard, Kœberlé, baron Larrey, Alph. Guérin, Gross (de Nancy), E. Boeckel. Sont désignés pour remplir les fonctions de secrétaires: MM. Coudray, Petit, Picqué, Prengrueber; secrétaires-adjoints: MM. Castex, Poirier, Poullet, Bazy, Julien, Redard.

Le même jour, à quatre heures, a lieu dans le grand amphithéâtre de l'Ecole de médecine, la séance d'inauguration. Au milieu d'une assistance nombreuse des chirurgiens les plus éminents, M. le professeur U. Trélat, président, déclare ouvert le Congrès des chirurgiens français et prononce l'allocution suivante:

Messieurs, chers et honorés collègues,

Vous le savez généralement, mais il est nécessaire de le redire aujourd'hui: c'est une lettre adressée à la Société de chirurgie par notre collègue M. le Dr Demons, chirurgien des hôpitaux et agrégé de la Faculté de médecine de Bordeaux, qui a donné l'impulsion première à la création de notre Congrès. Dans cette lettre fort courte, M. Demons soulevait l'idée d'un Congrès de chirurgiens français et demandait à la Société de chirurgie de Paris de prendre la Direction de l'œuvre. La proposition était sérieuse; elle fut appuyée et immédiatement une Commission de cinq membres fut nommée pour en examiner la valeur. Cette Commission se composait de MM. Verneuil, Trélat, Pozzi, Chauvel et Horteloup, secrétaire général de la Société. Par la suite, lorsque cette Commission d'examen devint un Comité d'organisation, le nombre de ses membres fut porté à sept par l'adjonction de MM. Bouilly et Ch. Monod. Nous aurions désiré nous adjoindre des collègues de la province, mais en considérant la nécessité de réunions fréquentes et de délibérations répétées, nous dûmes renoncer à ce désir rationnel, mais irréalisable.

La Commission d'examen expose à la Société de chirurgie qu'en toute matière les Congrès étaient, vu la facilité des déplacements, l'une des manifestations d'activité féconde les plus caractéristiques de notre temps; que les exemples et les modèles à imiter se présentaient de tous côtés; qu'une grande nation voisine avait très profitablement institué son Congrès national de chirurgiens; que sous l'empire de découvertes scientifiques d'une part et de création de centres d'enseignements de l'autre, le nombre des chirurgiens avait beaucoup augmenté en France et que malgré l'existence de très estimables Sociétés de province, ces nombreux chirurgiens n'avaient pas de centre de réunion, pas de tribune commune pour faire connaître leurs travaux. La Société de chirurgie de Paris fonctionne, il est vrai, depuis plus de quarante ans avec une activité régulièrement croissante. Elle tient à hon[illegible] d'avoir été pendant cette longue période le foyer principal de la pratique chirurgicale française. Rien ne permet de douter qu'elle conserve ce rôle longtemps encore dans les conditions où elle l'a rempli jusqu'ici. Mais précisément en raison de la constance et de la régularité de sa vie scientifique, la Société de chirurgie, dont les ordres du jour sont constamment chargés, est soumise à des nécessités de forme et de temps qui ne permettent pas à tous les travaux de se produire à la fois, ni même rapidement.

La Société vit clairement qu'il n'y avait entre son existence et la création d'un Congrès de chirurgie ni contradiction ni double emploi; elle comprit qu'elle n'avait rien à modifier à son rôle d'organe vigoureux de la vie régulière, tandis que le Congrès représentait un effort rare, puisqu'il devait être annuel, mais puissant puisqu'il appelait toutes les bonnes volontés, toutes les capacités et qu'à doubler la moisson on ne risquait de diminuer aucune part. Dès lors la Société de chirurgie accepta pour ainsi dire à l'unanimité la création du Congrès de chirurgie. Son rôle devait d'ailleurs se borner à fournir un personnel d'organisation, sorte d'organe fœtal dont toute fonction devait cesser au moment même de votre naissance.

Dans la séance du 4 juin 1884, la Commission d'examen fut transformée en Comité d'organisation et se trouva par conséquent composée, ainsi que je l'ai déjà indiqué, de MM. Verneuil, Trélat, Horteloup, Chauvel, Bouilly et Ch. Monod.

Nous nous sommes employés de notre mieux à remplir la belle tâche qui nous avait été confiée; je n'ai pas à insister sur ce point, mais je crois être l'interprète du Congrès tout entier en remerciant publiquement ici le zélé secrétaire du Comité, M. Pozzi, dont l'activité ne s'est pas un instant démentie. Il fallait susciter et réunir des adhésions, choisir et préparer des questions, régler des ordres du jour, étudier minutieusement, sous forme de statuts et de règlements la constitution de notre œuvre. Vous voudrez bien croire que cela n'a pas été l'affaire d'un jour ni d'une seule réunion, mais qu'il a fallu multiplier les conférences et les délibérations pour aboutir.

Notre désir était de constituer un être viable et même vigoureux s'il était possible. Nous nous sentions les serviteurs d'une idée heureuse, d'une œuvre faite pour donner satisfaction à un besoin actuel. Nous allions ouvrir une sorte de champ de culture intensive pour la chirurgie française, un grand concours annuel où ses tendances, ses doctrines, ses travaux viendraient se produire et se manifester dans la pleine lumière d'une large publicité. C'est sous l'empire de ces idées que nous avons rédigé le premier article de nos statuts, et que nous avons choisi le nom de Congrès français de chirurgie. Sous ce frontispice peuvent passer à l'aise, comme nous l'avons dit, tous ceux qui pensent que la chirurgie française reste une chirurgie active et méritante.

Dans le cours de ce siècle, des révolutions soudaines ou lentes ont agité le monde politique et social. Mais que dire de celles qui ont remué la science jusque dans ses profondeurs? La science, les sciences de tout ordre ont fait de si gigantesques progrès, de si vastes conquêtes, que ce dix-neuvième siècle pourra, en toute justice, être marqué comme l'ère scientifique de l'humanité. Deux découvertes ont transformé les bases de la pratique chirurgicale et prodigieusement accru le domaine et les bienfaits de notre art. La première en date, l'anesthésie, est déjà vieille de quarante années. L'autre, l'antisepsie, dès longtemps entrevue et confusément cherchée, n'a été vraiment réalisée que depuis quinze ans, et chaque jour elle accomplit de nouveaux progrès. Saluons ici les noms de Pasteur, de Lister et d'Alph. Guérin, de Pasteur, qui a fondé la théorie scientifique, de Lister et d'Alph. Guérin, qui ont démontré la réalité des faits.

Nous qui devons au fâcheux privilège de l'âge d'avoir vu l'aurore de ces deux maîtresses découvertes, et d'avoir asssisté à leur évolution et à leur développement, nous pouvons témoigner de la grandeur de leurs conséquences. Par elles, les limites de la chirurgie ont été reculées et son règne s'est affermi. La pathologie proprement dite, les ressources opératoires et la puissance thérapeutique ont également bénéficié de ces conquêtes, conquêtes si étendues qu'il serait bien audacieux de vouloir en marquer aujourd'hui les bornes définitives. Dans

cette rénovation, dans cette large et rapide expansion, les nations et les individus ont subi leurs caractères généraux et progressé dans le sens de leurs aptitudes naturelles. La chirurgie française a-t-elle perdu quelque chose de sa précision anatomique, de son habileté opératoire, de sa hardiesse subordonnée à l'expérience, de sa finesse experte dans le diagnostic, de sa prudence dans la recherche des indications? A-t-elle cessé de revendiquer comme une doctrine fondamentale la connaissance précise des résultats définitifs des opérations? N'est-ce pas en raison de cette étude poursuivie dans notre pays avec tant de constance et de largeur, que notre chirurgie, essentiellement médicatrice, se montre parfois si peu enthousiaste de nouveautés insuffisamment justifiées? N'y a-t-il pas lieu d'autre part de suivre avec la plus persévérante attention les travaux des nations voisines et de ne pas nous attarder en des jugements dont les bases sont mobiles et changeantes suivant les progrès accomplis? Ne devons-nous pas nous défier autant des résistances surannées et rétrogrades que des audaces infructueuses et des entraînements irréfléchis? Ne pouvons-nous enfin ramasser dans nos mains la critique la plus compétente avec la pratique la plus parfaite? C'est pour répondre par le détail et par les faits à ces hautes questions générales que nous vous avons appelés. C'est pour y répondre que vous êtes accourus, et que, pour la première fois, nous nous réunissons dans ces assises de chirurgiens français. Au nom du comité d'organisation nous vous remercions d'avoir si bien répondu à notre appel; comme chirurgiens, nous vous félicitons d'avoir compris que cette réunion est à la fois un acte de perfectionnement scientifique et un acte de dévouement patriotique. Mais ce double motif n'existe que pour nos compatriotes. A nos collègues venus de l'étranger nous devons des remerciements sans mélange. Leur présence nous fait honneur et plaisir. *Utile dulci*, nous avons leur travail et leur amitié. Combien nous sommes heureux d'avoir tenu grandes ouvertes les portes de notre Congrès! Nous avons voulu que tous ceux qui suivent la marche et les progrès de la chirurgie française puissent y trouver bonne place et bon accueil, et nous n'avons qu'à nous applaudir de ce libéralisme puisque nous comptons des collègues d'Italie, de Suisse, de Belgique, de Hollande, de Russie, de Pologne et d'Amérique. Essayons de leur inspirer le besoin de revenir chaque année s'asseoir parmi nous.

A tous, Messieurs et chers collègues, nous vous souhaitons la même bienvenue; à tous le travail fécond et profitable: à notre œuvre commune, au Congrès français de chirurgie, nous souhaitons le succès par l'utilité et les services rendus.

M. Gross (de Nancy) fait une communication sur la *tarsotomie postérieure dans les pieds-bots anciens*. — Il passe en revue les différents procédés mis en usage dans le traitement des pieds-bots. Leur incertitude et les résultats assez médiocres qu'ils donnaient, l'ont conduit à rechercher, à l'exemple de E. Boeckel, dans l'extirpation de l'astragale, une méthode plus efficace. Mais il ne borne pas son action à l'astragale, il y ajoute la résection de l'extrémité antérieure du calcanéum, et les résultats qu'il a obtenus et qu'il met sous les yeux du Congrès, sont de nature à entraîner la conviction. Il conclut finalement que la tarsotomie avec extirpation de l'astragale et résection de la tête du calcanéum, doit être l'opération de choix dans les pieds-bots anciens; grâce à l'antisepsie, cette opération n'offre aucune gravité; elle restitue au pied sa forme normale, surtout quand on fait suivre l'opération d'une bonne immobilisation; les mouvements du pied se rétablissent et permettent une marche facile; enfin, la récidive de la difformité ne paraît pas, d'après les observations de M. Gross, devoir se manifester.

M. Ollier fait une communication *sur la résection totale du tarse ou tarsectomie antérieure dans les cas d'ostéo-arthrite*. Après avoir été partisan des ablations partielles du pied, M. Ollier y a renoncé en partie à cause des résultats médiocres qu'il en a obtenus; il fait observer du reste que dans les cas d'ostéo-arthrite il y a rarement un seul os d'atteint, la propagation du mal se faisant avec une grande rapidité et le chirurgien n'étant appelé à intervenir qu'à une époque assez tardive. Aussi, dans la plupart des cas, y a-t-il lieu de pratiquer la tarsectomie antérieure totale, qui donne d'excellents résultats, aussi bien au point de vue de la forme du pied que sous celui de la fonction de ce segment de membre. Il pratique l'ablation au moyen de quatre incisions, qui permettent un accès facile sur les surfaces malades; il ne cherche pas la réunion immédiate et apporte les plus grands soins au drainage de la plaie; il faut deux ou trois mois pour que la réparation soit obtenue. Cette opération trouve son indication bien nette dans les cas où il existe sur le dos du pied un bourrelet œdémateux demi-circulaire, qui, avec l'existence de fistules, indique sûrement l'inflammation osseuse.

Cette opération doit être réservée aux adolescents; elle donne alors les succès les plus durables; la forme du pied se régularise parfaitement après la cicatrisation: la voûte même se reforme; grâce aux puissants ligaments de la face inférieure du pied, plutôt qu'au périoste qui joue un rôle effacé, la réparation est très satisfaisante, les articulations jouissent d'une résistance et d'une solidité considérable, à ce point que les opérés peuvent se soulever sur la pointe du pied et se tenir ainsi pendant quelques instants. Ces opérations ne trouvent de contre-indication que dans les cas d'ostéo-arthrite tuberculeuse généralisée; mais elles sont applicables aux formes locales et bénignes de la tuberculose; un diagnostic précis et une intervention précoce sont les facteurs les plus sûrs du succès opératoire.

M. Panas rend compte d'une observation d'*exostose du sinus frontal*, qui lui permet de rectifier certaines idées émises dans les traités classiques, et de modifier le pronostic et le traitement de ces affections. La tumeur qui fait l'objet de sa communication a été observée par lui, il y a deux ans, chez une jeune fille de 18 ans. Voulant procéder à l'ablation de cette tumeur suivant les procédés classiques, il se trouva en présence d'une masse dure, éburnée, véritable bloc de marbre que ne pouvaient entamer les instruments. Une partie de cette tumeur siégeait dans l'orbite et repoussait le globe de l'œil; l'autre partie était contenue dans le sinus frontal. M. Panas se contenta d'enlever la partie orbitaire et put ainsi faire reprendre au globe oculaire sa place normale dans la cavité orbitaire. Néanmoins, malgré les procédés antiseptiques les plus complets appliqués au pansement, la malade succomba à une méningo-encéphalite le cinquième jour qui suivit l'opération. A l'autopsie, on constata que la tumeur pénétrait dans la cavité du crâne, ce qui explique facilement les accidents survenus. Aussi, en présence de ce fait concordant avec la statistique dressée par Berlin, qui estime à 38 0/0 la mortalité dans ces exostoses, M. Panas formule-t-il ces conclusions: que les opérations partielles, aussi bien que les complètes, entraînent la mort plus souvent que ne l'ont affirmé les auteurs classiques. L'observation de Badal (de Bordeaux), où la guérison survint, doit être considérée comme exceptionnelle. Il faut donc entreprendre avec une grande réserve des opérations dans les cas d'exostoses des sinus frontaux, d'autant plus qu'il peut y avoir arrêt dans le développement de ces tumeurs. Enfin, quand ces tumeurs menacent l'œil, on peut se contenter, l'organe étant fatalement perdu, de procéder à l'énucléation du globe de l'œil; les douleurs cessent aussitôt, malgré l'existence de l'exostose.

M. Demons fait une communication sur l'*ostéotomie* et l'*ostéoclasie dans le traitement du genu valgum des adolescents*. Après des examens comparatifs des deux méthodes, sur le vivant et des expériences sur le cadavre, M. Demons conclut que si l'ostéotomie est une bonne méthode, l'ostéoclasie est meilleure encore, et que c'est à cette dernière qu'il faut donner la préférence. La séance est levée à six heures.

Séance du 7 avril (matin). — Présidence de M. Ollier.

M. Abadie fait une communication sur l'*influence respective des microbes ou des diathèses* sur les complications qui peuvent survenir à la suite des plaies traumatiques ou chirurgicales. Son but est de rechercher comment une plaie faite à un diathésique se comportera; il laissera de côté la question de savoir quel ébranlement l'organisme pourra subir du fait de ce traumatisme. Pour lui, l'état diathésique est un facteur secondaire dans les plaies, bien moins important certainement que l'infection microbienne. Cette différence se vérifie admirablement dans les opérations pratiquées sur le globe de l'œil et les opérations de cataracte montrent que l'influence des

diathèses est à peu près nulle sur les succès et les revers. Aussi toutes les fois qu'à la suite d'une opération de cataracte l'individu suppure, doit-on penser que la plaie a été infectée par un micro-organisme et reléguer au second plan la diathèse. Il en est de même pour les grands traumatismes ; et quand dans les grands traumatismes il survient des complications, il faut en rechercher l'origine non pas tant dans un état diathésique, que dans l'infection due à un microbe pathogène. Donc, puisque l'influence microbienne joue le rôle capital dans les complications des plaies, il faut s'attacher à éviter les inoculations au moment de l'opération et aussi pendant toute la durée de la cicatrisation de la plaie et éviter les germes qui circulent au milieu de l'atmosphère. Pour cela la pratique de Lister est indispensable : propreté des instruments, liquides antiseptiques, etc. Mais il faudrait y joindre, dans chaque hopital, une salle spéciale consacrée aux opérations, salle dans laquelle on n'entrerait qu'après avoir pris certaines précautions et où l'air ne pénétrerait qu'à travers des ouvertures munies de couches d'ouate à travers lesquelles il serait filtré. De cette façon les résultats seraient mieux assurés et l'on pourrait opérer impunément tous les malades diathésiques ou autres.

M. Socin (de Bâle), donne connaissance de nouveaux travaux sur la *pathogénie de la suppuration*, travaux qui ont été entrepris sous sa direction par M. Garré, son assistant de laboratoire. Comme Rosenbach et Kräuse, il a trouvé dans le pus de l'ostéomyélite le micrococcus jaune et le blanc décrit par ces auteurs ; mais les inoculations sur les animaux n'ont pu reproduire ces organismes. De plus, ces mêmes parasites existent dans les furoncles, abcès, phlegmons ; ils ne peuvent donc être considérés comme les agents spécifiques de l'ostéomyélite. L'identité des microbes de tout genre a été nettement démontrée par M. Garri qui, s'inoculant par inonction sur le bras gauche, le microbe provenant du pus ostéomyélitique s'est trouvé en proie à des accidents alarmants causés par un immense anthrax né au niveau des points frictionnés.

M. Verneuil fait remarquer que les faits expérimentaux exposés par M. Socin sont parfaitement en rapport avec les documents cliniques qu'avait fournis M. Debove sur la suppuration orangée et qu'il a eu maintes fois l'occasion de vérifier pendant le siège de Paris et la Commune. En effet, la coloration orangée a été considérée comme comportant un pronostic grave ; elle peut être en rapport avec l'espèce particulière d'organisme qui, d'après son aspect, est considérée par Rosenbach comme possédant des propriétés essentiellement malignes.

M Ollier rappelle que Rodet a pu reproduire toutes les variétés d'ostéites épiphysaires par l'inoculation du microbe de l'ostéomyélite.

M. Nepveu lit une note sur les *abcès fétides*. Il attribue la production de la fétidité à des agents bactériens venant du dehors.

M. Cauchois (de Rouen), donne lecture d'un travail statistique sur les érysipèles observés à l'hôpital de cette ville avant et après l'introduction de l'antisepsie.

M. Jeannel lit un travail sur le *rôle respectif des ptomaïnes et des microbes dans la pathogénie de la septicémie*.

Séance du 7 *avril* (soir). — Présidence de M. Tilanus (d'Amsterdam).

M. Reverdin expose un nouveau procédé d'extirpation de l'astragale et de résection tibio-tarsienne.

M. Ollier fait une communication sur les *résections astragaliennes*. Pour qu'une guérison, dit-il, soit rapide et que les récidives soient prévenues, il faut avant toute chose, dans les lésions de l'articulation du pied, enlever l'astragale. C'est en effet cet os qui, dans les arthrites tuberculeuses est le plus souvent atteint ; c'est un os peu vasculaire, qui, frappé de nécrobiose, ne se repose que très lentement ; c'est donc sur lui qu'il faut agir ; secondairement, lorsque les malléoles sont atteintes on peut les évider. Quand on constate des foyers tuberculeux dans l'épiphyse, après évidement des malléoles, il faut procéder néanmoins à l'extirpation de l'astragale ; le résultat définitif donne un raccourcissement du membre de deux centimètres environ, mais la forme générale du pied n'a pas souffert. C'est grâce à ces *simnellisations*, pour ainsi dire, des malléoles tibiales et péronières, que M. Ollier a pu conserver la forme normale des pieds opérés et privés de leur astragale.

En procédant en temps opportun à l'extirpation de l'astragale et l'évidement des malléoles, on arrête le processus tuberculeux ; la forme et les fonctions du pied subissent peu de modifications et la guérison s'obtient dans des conditions favorables là où une hésitation et une attente quelque peu prolongée eussent conduit fatalement à l'amputation du membre.

M. Jules Boeckel. *De la trépanation préventive dans les fractures du crâne*. — L'auteur revendique pour Sedillat l'honneur d'avoir fait le premier les trépanations préventives. Pour son propre compte, M. J. Boeckel a pratiqué avec succès une dizaine de trépanations préventives et s'en montre un partisan déclaré ; pour être utile, dit-il, la trépanation doit être préventive ; tardivement entreprise, elle donne peu de résultats satisfaisants. C'est une opération inoffensive lorsqu'elle est pratiquée suivant les règles de Lister, elle transforme une plaie irrégulière, anfractueuse, esquilleuse en une plaie nette, d'un accès facile, d'une surveillance aisée. Les accidents cérébraux disparaissent rapidement quand ils s'étaient montrés dans les premières heures du traumatisme. Plus tard, les fonctions cérébrales n'ont aucunement à souffrir de l'intervention et leur intégrité reste parfaite.

M. Mollière rapporte plusieurs observations de trépanation tardive et insiste dans son travail sur les difficultés inhérentes à cette opération, si l'on prend comme base opératoire les localisations cérébrales. Il admet que dans les accidents éloignés et consécutifs aux traumatismes crâniens, l'intervention sera d'autant plus efficace qu'elle aura été plus hâtive ; dans les lésions anciennes, l'hyperostose qui les accompagne toujours rendra l'opération plus difficile ; enfin, on doit pratiquer l'opération du trépan quand bien même les localisations cérébrales sont restées incertaines.

M. Demons lit une note sur les *indications fournies à la trépanation tardive du crâne par la doctrine des localisations cérébrales*. — Pour lui, la doctrine des localisations est un guide sûr pour l'intervention dans les traumatismes cérébraux ; l'aphasie et l'épilepsie sont les conditions les plus favorables. Il n'est besoin d'aucune trace extérieure du traumatisme ancien pour guider le traitement ; il faut inciser la dure-mère et ne pas craindre même d'enlever l'écorce cérébrale; enfin, on serait autorisé à pénétrer dans les faisceaux blancs du centre ovale en suivant avec soin la direction de ses faisceaux.

M. Bouvet considère la trépanation comme une opération rationnelle et inoffensive, et se montre partisan de ce mode de traitement comme moyen préventif appliqué aux fractures du crâne.

M. L. Tripier rapporte deux cas de névrite traumatique ayant amené par retentissement sur la moelle des accidents consécutifs graves.

M. Nicaise lit une note sur la *suture des nerfs*. Cette opération lui paraît utile et nécessaire. Elle facilite et hâte le travail de régénération, et il cite un cas de réunion primitive où les résultats obtenus ont été rapidement satisfaisants. Cette opération est du reste inoffensive, quand elle est pratiquée suivant les règles absolues de l'antisepsie.

M. Lagrange lit un travail sur la *pathogénie et l'étiologie du mal perforant*.

M. Panas fait une communication sur l'*opération de la cataracte par extraction*. Après avoir longtemps, comme tous les chirurgiens, pratiqué la méthode de Graeff, M. Panas est d'avis qu'aujourd'hui il faut y renoncer et revenir à l'opération pratiquée et préconisée par Dariel, chirurgien français, c'est-à-dire extraire le cristallin sans sectionner l'iris.

L'opération de Dariel a des avantages énormes surtout lorsque l'incision conseillée par Dariel est légèrement modifiée. Au point de vue esthétique elle est de beaucoup supérieure puisqu'elle laisse l'iris intact ; elle met à couvert de l'issue du vitrum mieux que l'opération de Graeff ; l'iris est moins disposé à l'inflammation par suite de ses adhérences moindres ; l'enclavement de la cristalloïde antérieure dans la plaie cornéenne

devient impossible; enfin les malades ont une acuïté visuelle bien plus considérable. Il faut peut-être plus de soins et une plus grande habileté pour pratiquer l'opération de Dariel, mais aujourd'hui elle trouve un aide puissant dans l'emploi de la cocaïne qui donne au chirurgien plus de sûreté, par suite de l'anesthésie et de l'insensibilité plus complète du globe de l'œil. Quant à la panophtalmie qui avait fait abandonner la méthode de Dariel, elle n'est pas plus fréquente que dans le procédé de Graeff, grâce aux procédés antiseptiques.

M. Galezowski appuie les conclusions de M. Panas ; depuis deux ans il n'emploie que la méthode Dariel et n'en a obtenu que des résultats excellents. Il rejette l'emploi de la cocaïne qu'il considère comme une entrave à la cicatrisation de la plaie cornéenne par première intention. Il aurait vu en effet que l'insensibilité de la cornée persisterait pendant plusieurs jours et entraînerait parfois une nécrose partielle de la cornée.

M. Panas proteste contre cette dernière assertion ; il a pu constater que la cocaïne n'a qu'une action temporaire extrêmement courte ; l'insensibilité parfois constatée tient à la section des nerfs cornéens.

Séance du 8 *avril* (matin). — Présidence de M. Alph. Guérin.

M. Verneuil fait une communication *sur les urines rosaciques ; leurs rapports avec les affections du foie et les hémorrhagies traumatiques secondaires.*

M Thiriar (de Bruxelles) lit un travail concernant *l'examen des urines au point de vue de la chirurgie abdominale.* Le dosage de l'urée avant l'opération et celui des chlorures après sont des éléments de premier ordre. Quand, dans une tumeur de l'abdomen, le chiffre de l'urée s'abaisse graduellement et finit par rester inférieur à 12 grammes, on peut, d'après l'auteur, conclure à la malignité de la tumeur ; quand, au contraire, le chiffre de l'urée est supérieur à 12 grammes, ce chiffre plaide en faveur de la bénignité. On conçoit l'importance de ces données pour le diagnostic et la détermination opératoire. Après l'opération, le dosage des chlorures prend le premier rang ; si leur diminution est rapide et si le chiffre descend au-dessous de 1 gramme dans les vingt-quatre heures, la suppuration est imminente avec tous ses périls. La septicémie serait annoncée par l'abaissement des chlorures et l'hypochlorurie indique un danger prochain.

M. Redard donne lecture d'un travail sur la *glycosurie éphémère dans les affections chirurgicales.*

M. Verchère fait une communication sur la *polyurie et la phosphaturie dans les affections osseuses.* Ces affections, dans lesquelles on peut constater une élimination plus considérable d'acide phosphorique anhydre sont de deux ordres ; les lésions traumatiques des os ; les lésions inflammatoires. Dans le premier groupe la polyurie et l'extrême abondance des phosphates peuvent exister avec des fractures, s'étant produites avec la plus grande facilité chez des sujets d'une vingtaine d'années, en apparence vigoureux ; ou bien, cette élimination exagérée des principes de l'urine se voit dans des cas de retard de consolidation ; mais dans ces deux cas, la phosphaturie est-elle cause ou effet ? L'ostéomyélite s'accompagne souvent de polyurie, mais on peut se demander si elle est due à la lésion osseuse ou bien si elle n'est pas sous la dépendance d'une lésion du rein (néphrite infectieuse).

M. Kirmisson expose le résultat des recherches qu'il a entreprises dans le but de vérifier les assertions de Romtler sous l'influence de l'urée dans les affections diathésiques et sur la valeur de l'abaissement du chiffre de l'urée dans le diagnostic des tumeurs en général. Il conclut, en se fondant sur les recherches de Grégoire, de A. Robin et sur les expérimentations personnelles, que si le fait énoncé par Romtler est exact, l'interprétation est aventurée et qu'il y a de nombreuses exceptions à la loi formulée par l'auteur belge. En effet, M. Kirmisson a opéré des malades qui avaient moins de 4 grammes d'urée dans les urines et qui ont parfaitement guéri ; or, on sait que pour Romtler l'abaissement à 12 grammes d'urée est un signe de la malignité des tumeurs ; dans un sens opposé, M. Kirmisson a vu des malades dont les urines contenaient 16 à 18 grammes d'urée et qui, néanmoins, étaient porteurs de tumeurs essentiellement malignes. Il conclut donc que les données absolues de Romtler ne peuvent fournir une base sûre dans l'intervention opératoire.

M. Augagneur fait une communication sur les *rapports existant entre les affections chirurgicales et les lésions des reins.*

Séance du 8 *avril* (soir). — Présidence de M. Trélat.

M. Tilanus (d'Amsterdam) lit une note *sur le meilleur traitement des fractures de la rotule.* Il traite ces fractures par la compression, le massage et les mouvements, et sa méthode semble offrir des avantages réels tant au point de vue de la sécurité de son emploi que de la rapidité des effets obtenus. Le manuel opératoire consiste à combattre l'hémorrhagie et la douleur primitive par des compresses froides ; le lendemain, compression et massage ; au bout de huit jours de ce traitement, on commence à imprimer au membre une flexion croissante, et le malade peut marcher. Par ce procédé, on n'a pas à craindre la suppuration de l'article, et la durée totale du traitement est en moyenne de quarante jours.

M. Richelot donne lecture d'un travail *sur l'état fonctionnel du membre inférieur à la suite des fractures transversales de la rotule.* Il considère l'absence de consolidation osseuse et la distance entre les fragments comme des éléments secondaires dans la cause de l'impotence fonctionnelle du membre. L'atrophie du triceps est le fait qui règle la persistance et l'intégrité de la gêne fonctionnelle. D'où cette conclusion qu'il n'est point nécessaire, dans le traitement des fractures de rotule, de s'ingénier à construire des appareils ; qu'il est inutile de faire une arthrotomie ne pouvant donner aucun résultat ; mais que la seule conduite à tenir est de se préoccuper du triceps et d'instituer un traitement qui rétablisse les fonctions musculaires.

M. Larger s'associe aux idées émises par M. Richelot, mais il fait jouer un rôle plus considérable à l'arthrite.

M. Lucas-Championnière croit parfaitement à l'efficacité du massage, mais il ne partage pas la réprobation de M. Richelot sur la suture de la rotule. Faire jouer un rôle exclusif au triceps lui semble excessif, et cette généralisation du traitement ne peut être adoptée ; car il est certains cas particuliers où la suture de la rotule s'impose au chirurgien.

M. Viard lit une note sur *six cas de fractures non consolidées.*

M. Landolt donne lecture d'un important mémoire *sur l'étude des localisations osseuses et articulaires de la syphilis tertiaire.*

M. Delore expose ses idées *sur le traitement des pieds bots par le massage forcé.* Comme moyen d'action, il donne la préférence au massage manuel, qui est plus énergique, et il le pratique aussitôt après avoir fait les sections sous-cutanées. Il montre un résultat magnifique obtenu par ce mode de traitement.

M. Poullet fait une communication *sur les altérations osseuses dans les tumeurs blanches et les arthrites chroniques.*

M. Trélat fait une communication *sur l'importance du diagnostic dans certaines variétés d'ostéomyélite.* Il existe en effet dans l'ostéomyélite une forme latente insidieuse, torpide, dont la connaissance échappe généralement et entraîne une erreur de diagnostic. A l'appui de sa thèse, M. Trélat cite deux observations des plus nettes et des plus concluantes, et dans lesquelles certains points particuliers méritent d'être mis en relief : ce sont l'atrophie musculaire rapide, le gonflement de l'os, si précieux pour le diagnostic, et aussi une douleur spéciale localisée en un seul point et rendue sensible à la pression. Il résume brièvement son opinion en disant que les lésions de l'ostéomyélite peuvent évoluer sans que les signes soient en rapport avec la nature et l'étendue de ces mêmes lésions. Quelques manifestations légères et récentes ont été, dans certains cas, les seules expressions d'ostéomyélites centrales à foyers multiples, de séquestres, d'abcès des os. Il convient donc d'admettre une ostéomyélite à marche insidieuse ou latente, ou, par abrégé, une *ostéomyélite insidieuse.* Le diagnostic de cette variété est rendu difficile, surtout en raison de la croyance générale que les signes de l'ostéomyélite sont

toujours violents ou tout au moins très accusés. La notion de la marche insidieuse permettra d'éviter des erreurs ou des insuffisances de diagnostic, et de procéder rapidement à des opérations opportunes, nécessaires et efficaces. L'évidement a donné à M. Trélat les meilleurs résultats : M. Trélat le pratique avec une tréphine, des gouges étroites, un marteau et des gouges en lunettes, de volume et de courbure variés. Avec ces instruments, on peut creuser dans les os des cavités de toute forme et de toute étendue. Il faut enlever toutes les portions d'os malades. Sous la rugine, l'os sain est dur et résiste, tandis que l'os enflammé cède sans effort notable. Avec un peu d'habitude, ce contraste devient un guide assuré.

M. Cerné lit un travail *sur la résection précoce dans l'ostéomyélite aiguë des os longs pendant la croissance, avec suppuration de l'articulation voisine.*

M. Péan lit un mémoire intitulé : *Du choix des procédés dans la gastrotomie appliquée aux tumeurs abdominales.*

A. Damalix.

CONGRÈS DE MÉDECINE INTERNE DES MÉDECINS ALLEMANDS.

4e session tenue à Wiesbaden du 8 au 12 avril.

Les bacilles de la syphilis; par le Dr Sigmund Lustgarten, assistant à la clinique dermatologique du professeur Kaposi.

Depuis 25 ans environ, depuis Hallier, les communications sur la nature du virus syphilitique constituent une rubrique permanente dans la littérature de la syphilis. Cependant, les nombreuses contradictions contenues dans ces communications, l'insuffisance des méthodes d'investigation et les erreurs évidentes commises par les auteurs, imposent la conviction générale, qu'à l'heure qu'il est, les recherches sur la nature du virus syphilitique n'ont pas encore résolu le problème en question. Mes recherches ne représentent pas la continuation d'un des travaux précédents, je veux passer ici sous silence la littérature de ce sujet, de même qu'une foule de détails dont il sera amplement question dans un travail plus détaillé et je communiquerai succinctement mes propres recherches.

A l'examen des produits syphilitiques je suis arrivé à constater *la présence constante des micro-organismes inconnus jusqu'à présent et bien caractérisés*, qui, par leurs propriétés morphologiques et colorantes se rapprochent le plus des bacilles de la lèpre et de la tuberculose, avec lesquels ils ont encore de commun l'existence dans des granulations. A l'aide du procédé que nous allons décrire plus bas, ces micro-organismes représentent des baguettes droites ou fléchies, parfois recourbées irrégulièrement, d'une couleur bleue foncée. La longueur de ces bacilles est en général de 3 5 à 4.5 μ, mais on en trouve de plus courts d'environ 2.3 μ, rarement des plus longs jusqu'à 7 μ.; leur grosseur, que je ne pus lire sur le micromètre, est à mon appréciation de 1 ½ à 3/10 μ. Observés à un faible grossissement, ils présentent des contours réguliers et lisses, et à leurs bouts, ils sont parfois pourvus de légers gonflements en forme de bouton ; examinés à l'immersion homogène (1/20 Reichert), ils présentent à leur surface des contours irréguliers, ondoyants, pourvus de légers entaillages sans perdre cependant la forme et la nature de baguettes. A ce même grossissement on observe des spores qui se présentent comme des claires et brillantes parties ovales dans les bacilles vivement colorés et qui se trouvent à des distances égales au nombre de deux à quatre dans un bacille.

Ces bacilles ne sont jamais libres, mais inclus dans les cellules arrondies, ovales ou polygones, qui ont un volume à peu près double de celui des globules blancs et qui ont souvent un noyau central ou périphérique qui se présente comme une tache claire. Dans ces cellules, les bacilles se trouvent en groupes de 2 à 9 et plus encore, entortillés l'un autour de l'autre ou bien sens dessus dessous, parfois en masses serrées. Ces cellules, porteuses de bacilles, se rencontrent rarement au milieu de l'infiltration cellulaire, elles se trouvent en plus grand nombre aux bords de l'infiltration et dans le tissu avoisinant en apparence normal. Je les ai vues aussi chez des papules incluses dans la couche de Malpighi *parmi les cellules épineuses* et dans une sclérose enfermées *dans la lumière d'un large vaisseau lymphatique*. Il est donc hors de doute que ce sont des *cellules migrantes*, douées de locomotion active.

Pour arriver à ces résultats, je me suis servi d'un nouveau procédé. En partant du point de vue d'appliquer dans la technique microscopique des procédés de blanchissage employés avec succès dans la chimie et dans la technique, j'ai réussi, après de nombreux essais, avec l'*hypermanganate de potasse* et l'*acide sulfureux*. Voici le procédé : On teint les coupes des préparations durcies dans l'alcool pendant 12 à 24 heures à la température ordinaire et immédiatement après, durant deux heures, à la température de 70° dans une solution de violet de gentiane de Ehrlich-Weigert (100 parties eau d'aniline et 11 parties d'une solution alcoolique concentrée de violet de gentiane). Pour décolorer la coupe il faut la laver plusieurs minutes dans de l'alcool absolu et puis l'introduire à l'aide d'une aiguille de verre ou de platine dans un verre de montre contenant à peu près 3 centimètres cubes d'une solution à 1 1/2 0/0 de hypermanganate de potasse. Il s'y forme un précipité bien floconneux de peroxyde de manganèse qui recouvre aussi la préparation. On y laisse la préparation dix secondes, puis on la retire et on l'introduit dans une solution d'acide sulfureux pur, où elle se débarrasse du peroxyde de manganèse presque momentané ou dans très peu de temps, suivant la concentration de l'acide sulfureux. A cette époque la préparation paraît déjà décolorée par endroits, tout en contenant encore des parties colorées vivement. On lave la coupe dans de l'eau distillée et on l'introduit de nouveau dans l'hypermanganate de potasse ; mais cette fois, de même que les fois suivantes, on l'y laisse seulement 3 à 4 secondes pour la traiter de nouveau d'acide sulfureux. On répète cette manœuvre plusieurs fois, jusqu'à ce que la préparation paraisse incolore (en général cela arrive après 3 ou 4 fois), on lui soustrait alors l'eau à l'aide de l'alcool, on l'éclaircit par de l'huile de clou de girofle et on l'enclôt enfin dans du baume du Canada.

Le procédé de décoloration que nous venons de décrire et auquel résistent, outre les bacilles de la syphilis, aussi ceux de la lèpre et de la tuberculose, n'a pas seulement l'avantage de mettre en évidence les micro-organismes de la syphilis, mais aussi celui d'offrir une réaction caractéristique pour ces micro-organismes. Car, d'une part, les bacilles de la syphilis se décolorent, contrairement aux bacilles de la lèpre et de la tuberculose, très vite par les acides nitrique et chlorhydrique ; d'autre part je n'ai pas réussi à rendre évidents d'autres schizomycètes à l'aide dudit procédé. Il a échoué à l'examen de la pustule maligne de la morve, de la fièvre typhoïde, de l'endocardite ulcéreuse, de la pneumonie fibrineuse, des différentes sécrétions buccales, du contenu des pustules d'acné, de la gale et enfin des tissus normaux. Je dois faire remarquer que j'ai essayé *en vain* de constater la présence desdits bacilles dans deux *ulcères mous*.

J'ai examiné à l'aide dudit procédé 16 cas, dont : plusieurs coupes de 2 scléroses d'une glande lymphatique, des 3 efflorescences papuleuses et des 4 produits de la période gommeuse, puis des sécrétions de 3 scléroses et de 3 syphilides papuleuses humides (plaques muqueuses). Dans tous ces cas le résultat était positif, la quantité des bacilles était variable, en général pas trop grande. Celle-ci paraît varier suivant l'âge de l'infection et l'espace de temps qui s'est écoulé depuis l'infection. C'est ainsi que dans les deux scléroses et dans une gomme périostéique de syphilis congénitale, il y avait un ou plusieurs groupes, par endroits assez grands, de bacilles; tandis que dans d'autres cas il fallait examiner une série de coupes avant de constater avec sûreté la présence des bacilles. Dans l'examen des sécrétions il faut attribuer, d'après mes recherches, à la présence des bacilles de la syphilis, la même *importance diagnostique* qu'aux bacilles de la tuberculose dans les crachats.

Comme j'ai trouvé constamment dans les produits syphilitiques une espèce de bacilles qui se distingue par sa forme et sa réaction colorante des bacilles connus jusqu'à présent et qui par conséquent représentent une espèce spécifique de la syphilis et comme dans les autres maladies infectieuses on a le droit de regarder la présence constante des micro-organismes caractéristiques comme la cause de ces affections, je crois pou-

voir dire avec grande probabilité, que *les bacilles* que je viens de décrire *sont les agents de la syphilis.*

Outre cet important résultat, il s'ensuit encore de ces recherches quelques faits théoriques et pratiques et quelques conséquences que je vais mentionner brièvement.

Le fait que les bacilles sont inclus dans des cellules lymphoïdes douées de locomotion, l'existence des bacilles dans le tissu, en apparence sain, avoisinant de l'infiltration, et enfin la présence des bacilles dans un vaisseau lymphatique sont autant de raisons qui viennent à l'appui de la théorie qui dit que, dans la propagation du virus syphilitique de l'endroit de l'infection, les voies lymphatiques jouent le premier rôle et que le système vasculaire n'entre en considération que dans le cours ultérieur par l'entremise des vaisseaux lymphatiques.

La présence des cellules migrantes, porteuses des bacilles, dans la couche de Malpighi, a un grand intérêt théorique et est en accord avec le fait clinique que, dans certaines conditions, des infiltrations syphilitiques, comme par exemple des papules humides, puissent devenir contagieuses lorsqu'elles sont dépourvues de l'épiderme.

Les infiltrations gommeuses typiques contenant des bacilles tout à fait identiques à ceux des produits primaires et secondaires, doivent être regardées dorénavant comme des affections spécifiques, ce qui, du reste, est reconnu par la plupart des syphiligraphes. Quelques auteurs, se basant sur quelques expériences d'inoculation à résultat négatif et sur le fait que des individus syphilitiques dans la période gommeuse engendrent des enfants non syphilitiques, ont tourné la difficulté, en déclarant la gomme comme spécifique, mais seulement pour la cachexie syphilitique, ou mieux, mercurielle, mais non pas pour le contage syphilitique. Cependant, il faut se rappeler combien de temps Ricord et ses partisans ont soutenu la non-infectiosité des produits de la période secondaire, bien qu'il y eût là des conditions beaucoup plus simples, eu égard à la plus grande fréquence, au siège et à la nature de ces produits. D'autre part, il se peut très bien qu'un homme, qui a quelque part un foyer syphilitique local, ait des cellules germinatives saines et que, par conséquent, il produise des enfants sains, c'est-à-dire non syphilitiques.

Dans l'hérédité, il faut considérer, en première ligne, des affections des glandes germinatives qui, sans provoquer des symptômes subjectifs et cliniques, sont suivies d'une production de cellules germinatives infectées, ou bien de sperme contenant le virus. C'est ainsi que, d'après une communication orale de Armauer Hansen, dont je me suis en partie convaincu, les testicules des lépreux contiennent un grand nombre de bacilles au-dessous et parmi les conduits séminifères, indépendamment de la présence ou non des symptômes d'une maladie des testicules pendant la vie.

Qu'il me soit permis, avant de finir, d'exprimer l'espérance que de nouvelles recherches, ayant trait aux cultures pures et à l'inoculation, contribueront à confirmer les rapports étiologiques des bacilles que j'ai trouvés à la syphilis et que nous aurons ainsi une arme pour combattre victorieusement cette triste maladie du genre humain malheureusement trop répandue.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 3 Octobre 1884. — PRÉSIDENCE DE M. CORNIL.

5. Rétrécissement de l'uréthre. — Abcès urineux ouvert dans le rectum — Hypertrophie vésicale et cystite — Ureterite. — Pyélite. — Nephrite consécutive; par N. HALLÉ, interne des hôpitaux.

Jean B.., âgé de 62 ans, entre le 23 août à l'hôpital Beaujon, n° 8, salle Saint-François.

Dans ses antécédents nous relevons *une sciatique ancienne* fort tenace qui a duré 8 mois, des hémorrhoïdes depuis 5 ans : il porte en outre une double rétraction de l'aponévrose palmaire portant sur les deux derniers doigts, qui sont fortement fléchis par une bride fibreuse sous-cutanée adhérente à la peau. Cette lésion a débuté il y a . ans du côté gauche, 2 ans seulement du côté droit.

n'y a que 15 jours qu'il ressent une légère gêne de la miction, sur laquelle il insiste peu, et qui ne l'a pas empêché de continuer son travail. Depuis plusieurs mois il est sujet à une constipation opiniâtre Le 14 août, à la suite d'une chute violente sur le sacrum, il ressent une gêne considérable de la marche et est obligé de s'aliter; ses jambes deviennent faibles et il y renaît des douleurs vives, lancinantes qui les parcourent du haut en bas. Il se plaint aussi du ventre et des reins. A l'entrée, nous trouvons sa vessie entièrement distendue et douloureuse, bien qu'il ait continué à uriner un peu, et avec peine. Elle contient 3 litres 1/2 d'urine. La faiblesse des jambes, la gêne de la marche, les douleurs lancinantes, l'abolition complète des réflexes tendineux, la cardialgie, un peu de myosis, font penser à une myélite, à laquelle on rapporte les troubles vésicaux récents. Du 23 août au 9 septembre : rétraction complète. Le malade est sondé tous les jours deux fois, avec une sonde molle en caoutchouc rouge, du calibre 12, et qui passe toujours sans difficulté. Les urines, dont la quantité varie chaque jour entre 1000 et 1500 grammes sont d'abord tout à fait normales, sans albumine ; puis les dernières gouttes deviennent purulentes, elles prennent l'odeur ammoniacale, enfin arrivent à contenir une grande quantité de mucopus, qui est évacué à la fin du cathétérisme. La santé générale s'altère ; l'appétit se perd ; les digestions deviennent difficiles; quelques vomissements se produisent ; la langue devient rouge ; la diarrhée apparaît. En même temps, le passage de la sonde toujours nécessaire devient de plus en plus douloureux. Du 6 au 18 septembre : le malade a pu uriner seul ; l'urine s'écoule presque à tout moment, toujours ammoniacale et très purulente. Ni les lavages quotidiens à l'acide borique, ni l'acide salicylique à l'intérieur n'arrivent à modifier les urines. La fièvre se déclara survenant par accès irréguliers, précédés de grands frissons (Todd, sulfate de quinine).

A partir de ce moment, il y a des intervalles irréguliers de rétention et d'incontinence ; l'urine est extrêmement purulente ; les frissons deviennent très fréquents, jusqu'à trois par jour. Les vomissements et la diarrhée sont incessants : la langue se sèche et le muguet apparaît; le malade succombe dans un état cachectique extrême le 8 octobre avec de la bronchite et de la congestion pulmonaire aux deux bases.

AUTOPSIE. — Les lésions les plus intéressantes de beaucoup sont celles de l'appareil urinaire qui est enlevé d'une pièce. La vessie est extrêmement altérée : elle adhère au tissu du plancher pelvien, et à la face postérieure du pubis, par suite d'une inflammation certainement ancienne ; nullement dilatée, elle a l'aspect d'un corps charnu à parois épaisses. Les couches musculaires sont en effet fort hypertrophiées. La face interne présente les lésions types de la vessie à colonnes et à cellules. Les faisceaux musculaires irréguliers de la tunique interne font saillie à la surface ; quelques-uns, détachés de la paroi dans une partie de leur trajet, adhérant seulement par leurs deux extrémités, offrent absolument l'aspect des colonnes charnues de la cavité des ventricules du cœur.

Plusieurs cellules sont de vraies diverticules vésicaux, qui ne communiquent avec la cavité vésicale que par d'étroits orifices. L'un de ces diverticules les plus considérables siège juste en arrière du pubis auquel il adhère, si bien qu'il est ouvert pendant l'extraction de la pièce. Deux autres occupent symétriquement les parties postérieures et latérales. Le col vésical est sain. Toute cette face interne de la vessie est revêtue d'une muqueuse friable d'un gris verdâtre, qui ne paraît pas ulcérée. Parmi les faisceaux musculaires les plus remarquables, il en existe un, en forme de T, volumineux et saillant à la face inférieure de la vessie, unissant les uretères par sa branche transversale et prolongé en avant jusqu'au col. Les uretères s'ouvrent sur la saillie même de ce faisceau qui a bien un centimètre de largeur. La prostate est saine.

Les lésions uréthrales sont aussi fort avancées. Dans toute l'étendue de sa portion membraneuse, du cul-de-sac du bulbe à la prostate, l'urèthre est absolument disséqué, libre au milieu d'un gros abcès urineux qu'il traverse à la

manière d'un cordon arrondi du volume du petit doigt La cavité de cet abcès s'arrête en avant au-dessous de la symphyse à l'aponévrose moyenne; elle se prolonge en arrière au-desssous de la prostate jusqu'au rectum; latéralement jusqu'aux parois pelviennes. Cette cavité est tapissée d'une membrane gris verdâtre lisse qui paraît ancienne. Dans cet abcès, indépendant de la vessie, s'ouvre l'urèthre par une ulcération de 5 millimètres d'étendue, à bords grisâtres, déchiquetés, et qui siège à sa paroi inférieure, juste en avant de la prostate. L'urèthre incisé sur sa paroi supérieure est manifestement altéré dans sa région membraneuse. Il paraît légèrement rétréci en avant de l'ulcération; sa muqueuse est rouge violacée et exulcérée en plusieurs points. Le foyer péri-uréthral s'ouvre en arrière dans le rectum, au-dessus des sphincters, par un pertuis fort étroit qui n'admet que l'extrémité d'une sonde cannelée fine. Mais l'aspect du rectum au niveau de cet orifice est spécial; tout autour de lui la muqueuse est détruite sur une large étendue, de 6 centimètres au moins, et ses bords déchiquetés sont soulevés flottant dans le rectum. Le fond de cette ulcération est formé par les fibres circulaires du rectum en faisceaux bien nets. Le pus a donc dû former une grosse collection sous-muqueuse en soulevant la muqueuse décollée, avant de la perforer. Les *uretères* sont légèrement dilatés et leur muqueuse d'un rouge violacé avec arborisations vasculaires fines; Mêmes altérations des cellules et des bassinets, qui ne contiennent qu'une urine trouble non purulente. Les reins sont un peu gros, lisses, d'un gris blanc, fermes à la coupe; ils ne contiennent pas d'abcès.

L'*aorte* présente dans toute son étendue des lésions athéromateuses anciennes très prononcées: foyers athéromateux ramollis et plaques calcaires. La portion ascendante de la crosse qui est la plus altérée est entièrement dilatée; les lésions athéromateuses s'arrêtent exactement à l'orifice aortique dont les trois valvules sigmoïdes sont saines et suffisantes; l'endocarde est sain et le cœur a son volume normal.

Nous avions cru constater des lésions médullaires, un ramollissement assez étendu de la moelle à la partie inférieure de la région dorsale au dessus du renflement lombaire; malgré les précautions que nous avions prises en extrayant la moelle, en l'absence d'examen histologique, la Société a été d'avis qu'il n'y avait là qu'un ramollissement artificiellement produit pendant l'extraction. D'ailleurs, les symptômes médullaires observés pendant la vie se rapporteraient mal à une pareille lésion Il est donc probable que notre malade n'a pas eu de myelite. En tous cas, de pareilles lésions urinaires ne pourraient être rapportées à une affection médullaire. Ce malade était atteint bien évidemment d'un rétrécissement ancien peu serré de la région membraneuse resté latent jusqu'au moment où sa chute l'a forcé à garder le lit. Puis, sous l'influence de la rétention, des cathétérismes répétés, se sont produites les altérations de l'urine, les lésions uréthrales et peri-uréthrales; enfin, la cystite et l'inflammation ascendante des uretères, des bassinets et des reins. C'est donc seulement au point de vue des lésions urinaires que cette pièce garde de l'intérêt.

6. M. ŒTTINGER présente une volumineuse *tumeur du rein*. Il s'agissait d'un saturnin qui avait eu des hématuries. Il portait une tumeur mobile dans le ventre. A l'*autopsie* on a trouvé qu'il s'agissait du rein. L'autre rein est atrophié. Se basant sur des préparations microscopiques extemporanées, M. Œttinger tend à penser qu'il s'agissait d'un lymphosarcome.

M. SABOURIN se fondant sur l'existence d'une petite tumeur jaune, en voie de dégénérescence caséeuse, située dans la substance corticale du petit rein, croit pouvoir déclarer qu'il s'agit d'un *adénome*.

INDEX MEDICUS. — *The N. Y. Medical Journal* du 21 mars, nous apprend que M. G.-S. Davis, de Détroit, a entrepris de continuer la publication de l'*Index medicus* sur le plan ancien. Avis à nos lecteurs.

REVUE DE PATHOLOGIE MENTALE

IX. Recherches expérimentales sur les conditions de l'activité cérébrale et sur la physiologie des nerfs; par H. BEAUNIS. — Paris, 1884 J.-B. Baillière, éditeur.

X. Paralysis glosso-labio pharyngea cerebralis (Pseudo bulbarparalyse). Sep.—Abd aus der Breslauer ærztlich. Zeitschrift, 1884; par O. BERGER.

XI. Histoire et critique des progrès réalisés par la physiologie expérimentale et la méthode anatomo-clinique dans l'Etude des Fonctions du cerveau; par F. LEVILLAIN. — Paris 1884. Delahaye et E. Lecrosnier, editeur.

XII. Etude clinique et expérimentale sur l'hypnotisme (excitation périphérique des hystéro-épileptiques): par P. MAGNIN. — Paris, 1884. A. Delahaye et E Lecrosnier, éditeurs.

XIII. Action hypnotique et sédative de la paraldéhyde dans les différentes formes d'aliénation mentale; par J. NERCAM. — Paris, 1884. A. Delahaye et E. Lecrosnier, editeurs.

IX. M. Beaunis a réuni sous la même couverture trois séries d'études expérimentales ayant pour but de contribuer à la constitution d'une psychologie rationnelle, d'une psychologie physiologique.

A. *Recherches sur l'influence de l'activité cérébrale, sur la sécrétion urinaire et spécialement sur l'élimination de l'acide phosphorique.* — D'après les minutieuses pesées que l'auteur a entreprises sur sa propre personne, du 1er décembre 1878 au 15 janvier 1879, il n'y aurait aucun rapport entre les variations journalières de la quantité d'aliments solides ingérés en vingt-quatre heures et les conditions climatériques, aucun rapport étroit entre la quantité d'aliments solides et celle des boissons, entre l'alimentation et la sécrétion urinaire. En revanche, le travail cérébral semble nécessiter l ingestion plus abondante d'aliments non azotés.

L'élimination de l'acide phosphorique est assez exactement proportionnelle à l'ingestion du même composé, mais à un intervalle d'un jour ou deux; il existe aussi une correspondance très éloignée entre elle et les aliments albuminoïdes; 100 parties d'acide phosphorique éliminées se décomposent en 75 0/0 par l'urine, 25 0/0 par les selles; le maximum est éliminé dans l'après-midi, dans les heures du lever.

B. *Recherches sur le temps de réaction des sensations olfactives.* — Quel est le temps qui s'écoule entre le moment où un agent odorant vient exciter la muqueuse et celui où la personne en expérience indique, par un mouvement, qui sert de signal, l instant où elle a perçu la sensation. Sans insister sur le dispositif très ingénieux du professeur de Nancy, disons qu'il conduit directement sur la muqueuse nasale les particules odoriférantes. C'est encore sur lui-même qu'il a expérimenté; il avait alors 52 ans. Il a trouvé les chiffres suivants en décembre 1882 et janvier 1883:

	Moyenne en centièmes de seconde		Moyenne en centièmes de seconde.
Ammoniaque	37,8	Sulfure de carbone	59,0
Acide acétique	46,2	Valériane	60,0
Camphre	50,2	Menthe	63,0
Assa fœtida	52,5	Ac phénique	67,0
Sulfure ammonique	54,4	Sensation tactile de souffle	63,0
Chloroforme	56,3		

Impossible d'obtenir des résultats à l'aide du musc.

De là la classification d'odeurs n'agissant que sur les nerfs olfactifs [senteurs et parfums (musc) ou odeurs (menthe)]; — d'odeurs agissant à la fois sur le nerf olfactif et les nerfs du tact (alcool acétique); — d'odeurs n'agissant que sur les nerfs tactiles (ammoniaque).

Inégalité de l'olfaction à droite (plus parfaite) et à gauche. — Diminution du temps de réaction, quand on pousse plus vite et en plus grande masse le courant d air; son augmentation quand on est fatigué, quand on a un coryza. — Comparaison entre le temps de la réaction des sensations olfactives et celui des autres sensations. (Voir le mémoire.) — Sensations olfactives simultanées; leur intensité comparative.

L'inspiration simultanée, soit par chaque narine séparément, soit par la même narine, fournit l'intensité décroissante que voici :

1° Pour deux substances odorantes :	Asa fœtida, valériane, camphre, sulfure de carbone, essence de menthe russe.
2° Pour deux substances tactiles :	Ammoniaque, acide acétique fort.
3° Pour une subs. tactile d'un côté et une subs. odorante de l'autre.	Perception égale.

C. *Recherches sur les formes de la contraction musculaire et sur les phénomènes d'arrêt.* — Après avoir distingué expérimentalement entre la *secousse musculaire directe*, le *tétanos musculo-direct*, les *secousses névro-directes*, les contractions *radico directes* (secousses du tétanos), la *contraction réflexe*, la *secousse réflexe*, le *tétanos réflexe*, la *contraction centrale*, et avoir attribué à chaque modalité une série de caractères (36 conclusions), M. Beaunis s'occupe des phénomènes d'arrêt brusque, préventif, modificateur, interrupteur, modérateur des mouvements quelconques. « L'arrêt, dit-il en terminant, est un fait fondamental d'innervation. Toute action nerveuse détermine dans la substance nerveuse excitée deux modifications de sens contraire ; une impulsion à l'activité et une tendance à l'arrêt de cette activité. De ces deux actions contraires résultent le mouvement, la sensation, la sécrétion. »

Le point de départ des phénomènes d'arrêt peut résider soit dans les centres nerveux, soit dans les nerfs périphériques ; toute excitation sensitive peut, dans certaines conditions, déterminer des phénomènes d'arrêt.... Il doit, dans le domaine pathologique, y avoir des paralysies par exagération des actions d'arrêt, des contractions par abolition des actions d'arrêt, des anesthésies, des hyperesthésies, des troubles de sécrétion de même ordre (17 conclusions). Les actes psychiques émanent, eux aussi, de deux actions contraires qui ont pour résultante le mouvement volontaire, la passion, la détermination. la pensée ; le caractère émane de la prédominance relative de l'impulsion et de l'arrêt. Telle est la substance de ce dernier mémoire.

X. Revue critique de tous les faits de ce genre, augmentée de la description de 4 cas de l'auteur, à lésions exclusivement cérébrales.

XI. Nous trouvons d'abord un chapitre consacré au cerveau dans l'antiquité. Puis, la première partie traite de l'histoire de la physiologie expérimentale du cerveau ; elle est terminée par une étude synthétique des découvertes dues à l'expérimention. sans oublier les antilocalisateurs. même plan en ce qui concerne la seconde partie ; ici c'est la méthode anatomo-clinique qui se trouve en jeu. Finalement, en guise de conclusion. étude comparative des méthodes d'expérimentation et d'observation. Toutes les propositions, objections, contre-objections sont, dans leur ressort, respectivement soumises à une discussion approfondie. Il en résulte que la méthode anatomo-clinique est la seule valable en pareille matière.

XII. Résumé des expériences faites par l'auteur dans le service de M. Dumontpallier, chez des hystéro-épileptiques. Répétition des descriptions de MM. Charcot, Richer, Bourneville, Régnard sur le somnanbulisme, la catalepsie. la létargie provoqués. Signalons cependant quelques petites divergences. Ainsi, M. Magnin prétend, dans la période de catalepsie franche, avoir constamment pu provoquer une contracture intense et localisée ; l'excitation légère du tégument a régulièrement déterminé de la contracture dans la période léthargique. Appelons encore l'attention sur le chapitre de l'hypnose hémicérébrale. sur celui des états mixtes, sur celui concernant l'état de veille. L'avant-dernier, intitulé : procédés qui permettent de mettre fin aux phénomènes hypnotiques et règles à suivre dans l'hypnotisation des hystériques, est tout entier contenu dans les propositions suivantes : « Toutes les excitations périphériques de diverse nature capables de provoquer les différentes phases de l'hypnotisme et, dans chaque période, les phénomènes qui la caractérisent. sont propres aussi à faire cesser les effets produits..... La facilité de production des différentes périodes de l'hypnotisme et l'intensité des phénomènes qui les caractérisent dépendent de l'état de la sensibilité (générale et spéciale) ; elles lui sont en quelque sorte proportionnelles..... Tous les résultats obtenus sont en rapport, pour chaque côté du corps. avec le degré d'activité de l'hémisphère cérébral qui commande à ce côté... » Ce n'est pas tout ; M. Magnin croit à une relation constante entre les zones cutanées sensibles et les départements musculaires, dont il est possible de provoquer la contracture par excitation périphérique. Dans toutes ses expériences, aussi bien sur des malades hypnotiques qu'en dehors de la sommation provoquée. il a pu obtenir des effets œsthésiogènes en se servant d'excitations mécaniques faibles et répétées.

XIII. M. Nercam a essayé, à l'asile Saint-Yon. l'action de la paraldéhyde sur 27 aliénés de divers genres, à diverses périodes, sous l'influence de différents épisodes psychopatiques. Cinq chapitres composent son intéressant mémoire. Chapitre Ier : Histoire thérapeutique de la paraldéhyde. Chapitre II : Etude chimique. Chapitre III : Observation. Chapitre IV : Etude physiologique de la paraldéhyde chez les aliénés. Chapitre V : Etude thérapeutique de la paraldéhyde chez les aliénés ; elle constitue la déduction de l'action physiologique de cet agent et comparativement des perturbations neuropathiques constatées dans les divers appareils des mêmes individus en proie à l'aliénation mentale. De cette confrontation, M. Nercam tire les indications et contre-indications thérapeutiques ; il signale les modes et voies d'administration convenables, ainsi que les doses et formules à employer. C'est. en somme, une recherche patiente, toute personnelle, qui, en même temps, passe au crible de l'observation clinique pure les assertions des auteurs étrangers sur la question. M. Nercam conclut que la paraldéhyde est un hypnotique dont les effets rapides et intenses qu'il produit commandent la prescription comme succédané des médicaments semblables dans l'insomnie et l'agitation, contre les crises d'épilepsie et les manifestations multiples de l'hystérie.

P. Keraval.

BIBLIOGRAPHIE

Sur la réorganisation du corps médical dans les hôpitaux généraux de Saint-Pétersbourg ; par M. Moritz. (Le *Médecin* n° 2, 1885, Saint-Petersbourg.)

L'organisation actuelle des hôpitaux généraux de Russie et. en particulier de la plupart de ceux de Saint-Pétersbourg, a été établie, il y a à peu près cinquante ans, suivant le modèle des hôpitaux militaires. Elle se résume en deux points : 1° Dans chaque hôpital général existe un médecin en chef. qui. lui seul. est responsable du traitement de tous les malades de cet hôpital 2° Sous ses ordres agissent un certain nombre de médecins dits « ordinaires. » Mais il est tout à fait certain que le médecin en chef ne peut être compétent dans toutes les branches de la médecine. et la responsabilité qu'on lui impose *de jure* n'existe pas déjà depuis longtemps *de facto* ; que, d'autre part, les médecins « ordinaires » qui, en droit, doivent agir suivant les indications du médecin en chef. agissent en réalité de leur propre autorité.

M. Moritz se déclare le partisan d'une autre organisation plus rationnelle. et qui est du reste, suivant sa propre initiative, déjà introduite dans un des hôpitaux généraux de Saint-Pétersbourg. Voici les principes de cette organisation : Chaque hôpital général se divise en un certain nombre de sections, dont chacune traiterait des maladies plus ou moins analogues. — Chaque section est gérée au point de vue médical par un médecin expérimenté, complètement indépendant et seul responsable. — A chacune des sections est attaché un personnel plus ou moins nombreux d'assistants. — Dans les sections dont le nombre de ma-

lades dépasse le chiffre 100, il y a, outre le médecin en chef et ses aides, un médecin adjoint. — Les postes médicaux se donnent au concours. — La plupart des assistants sont logés et nourris dans l'hôpital, et ils sont obligés pour cela de consacrer tout leur temps et donner tous leurs soins à leur section. — Dans chaque hôpital existe un intermédiaire entre le personnel médical et le personnel administratif et économique. — Cet intermédiaire est élu parmi les médecins en chef de l'hôpital donné (*primus inter-pares*).

Les avantages d'une semblable organisation sont : 1° A chacun des malades est garanti le secours d'un spécialiste expérimenté. 2° La constance et la durée des relations qui existent entre le personnel médical et sa section produira des effets favorables sur la marche du traitement. Et 3° le personnel médical élu par concours sera responsable non pas devant une seule personne, mais devant l'opinion publique et sa propre conscience. Ajoutons que dans l'organisation qui domine maintenant, comme dans celle proposée par M. Moritz, les malades sont confiés non pas à des sœurs, mais à des surveillantes laïques.

J. ROUBINOVITSCH.

Kussmaul's Coma (coma diabétique) ; par R. SAUNDBY (extrait de Birmingham medical review. fév. 1885).

L'auteur rapporte dans cet article deux cas de coma diabétique et se livre, à ce propos, à une étude critique des théories pathogéniques mises en avant pour expliquer ces accidents nerveux. Il fait le procès de l'acétonémie proposée pour la première fois par Kussmaul lui-même et à laquelle s'étaient ralliés nombre d'auteurs français et étrangers. Cette opinion un peu sévère n'enlève rien à l'intérêt de cette note.

VARIA

Le choléra en Espagne.

Dans le n° 14 du *Progrès médical* nous avons annoncé l'apparition du choléra à *Jativa* (Province de Valence). Nous avons dit que la nature de l'affection faisait encore l'objet de doutes pour certains médecins. Il semble aujourd'hui que c'est bien au choléra asiatique que l'on avait affaire. Les journaux du 9 avril annoncent pour la journée de la veille quatre décès et neuf cas nouveaux. Le nombre actuel des malades serait de 27. Une femme venant de Jativa aurait succombé à une attaque de choléra aux environs de Madrid.

Association française pour l'avancement des sciences.

Subventions de l'exercice 1884. MM. Testut et Dufourcet : pour les aider à continuer leurs fouilles anthropologiques dans le sud-ouest de la France, 500 fr. — La Société Française de physique : pour contribuer à la publication des œuvres de Coulomb, 300 fr. — M. Genaille : pour contribuer aux dépenses de la construction d'une machine à calculer électrique, 600 fr. — M. Gallois : pour la construction d'un thermographe médical, 300 fr. — M. Hauvel : pour l'aider à continuer ses travaux sur la prévision des temps, 200 fr. — M. Zurcher : pour l'achat de livres de paléontologie nécessaires à ses recherches géologiques, 850 fr. — M. Motais : pour l'aider à continuer ses travaux d'anatomie (Subvention de la Ville de Paris), 400 fr. — M. Sabatier : pour l'aider à continuer ses travaux d'anatomie (subvention B. Brunet), 500 fr. — Laboratoire de Wimereux : pour aider à la publication des travaux qui y ont été faits (subvention B. Brunet), 500 fr. — Laboratoire d'Anthropologie de Toulouse : pour aider à compléter l'installation, 500. — M. Pommerol : pour l'aider à continuer ses fouilles préhistoriques en Auvergne, 150 fr. — M. Magitot : pour l'aider à combiner ses recherches à Combperet, 200 fr. — M. Delort : pour l'aider à continuer ses fouilles préhistoriques dans le Cantal, 150 fr. — La Société d'Anthropologie de Bordeaux : pour aider à la publication de ses travaux, 800. — M. Andouard : pour aider à la continuation de ses travaux de chimie appliquée (subvention de la ville de Montpellier), 600 fr. — M. Souché : pour aider à la continuation de ses fouilles, 100 fr. — Observatoire du Mont-Ventoux : pour contribuer à l'installation de l'Observatoire (2e annuité), 2,000 fr. — Observatoire météorologique de l'Aigoual : pour contribuer à l'organisation et à l'installation (3e annuité), 1,000 fr. — M. Doumenjon : pour une souscription à un ouvrage : Etudes sur la révision du code forestier, 150 fr. — M. Quélet : pour l'aider à continuer ses études sur la flore mycologique de France, 300 fr. — Total général : 10,000 francs.

Singulière manière de protéger les orphelins.

L'abbé C.... agé de quarante-trois ans, avait fondé, rue de Lille, 21, en faveur des orphelins et des enfants abandonnés, une maison où on devait les initier aux travaux de l'agriculture. Il avait lancé dans toute la France des prospectus magnifiques, en tête desquels était dessiné le domaine de Charsey, où les enfants de huit à dix-huit ans devaient être recueillis. Autour de ce dessin, on lisait ces deux citations bibliques : « J'étais sans asile et vous m'avez recueilli. » — « J'avais faim, et vous m'avez donné à manger. » (Saint Matthieu). Chaque jour, l'abbé envoyait faire des quêtes à domicile par deux sœurs, qui rapportaient en moyenne cent cinquante francs. Malheureusement, le parquet, incrédule comme saint Thomas, voulut voir autrement que sur le papier, où il figurait si bien entre les versets de saint Matthieu, le domaine de Charsey. Le résultat de sa visite a été un mandat d'arrêt lancé contre l'abbé C..., qui vient d'être écroué à Mazas sous l'inculpation de tentative d'escroquerie.

Thèses soutenues à la Faculté de Médecine

Mercredi 15. — M. Boulland. De la tuberculose des plèvres et du péritoine au point de vue du pronostic et du traitement. — M. Foulquier. De la scapulalgie. — *Jeudi* 16. — M. Lance Briand. Influences réciproques de la grossesse et du cancer de l'utérus. Intervention chirurgicale possible pendant la gestation et lors du travail. — M. Inglessis. Le rein dans ses rapports avec le diabète. — M. Marula. De l'emploi de la lunette de Galilée en optométrie (optométrie improvisée). — M. Rigolet Etude expérimentale sur les propriétés physiologiques et thérapeutiques du chlorhydrate de cocaïne. — *Vendredi* 17. — M Ismail Hassan. Du traitement du rhumatisme articulaire chronique par l'azotate de strontiane. — M. Œttinger. Etude sur les paralysies alcooliques. — M. Plagneux. Quelques considérations sur une épidémie d'oreillons.

Enseignement médical libre.

Clinique mentale. — M. LEGRAND DU SAULLE, médecin de la Salpêtrière, commencera un cours public sur les maladies mentales, avec applications à la médecine légale et à la pratique professionnelle, le dimanche, 12 avril 1885, au grand amphithéâtre de la Salpêtrière, à neuf heures et demie du matin, et le continuera les dimanches suivants, à la même heure. Des malades seront, autant que possible, présentées aux élèves.

Cours pratique d'accouchements et de manœuvres. — M. le Dr VERRIER, ancien préparateur du cours magistral de M. le professeur PAJOT, à la Faculté de médecine, commencera ce cours le lundi 13 avril prochain, à 5 heures 1/2, 93, boulevard Saint-Germain et le continuera tous les jours à la même heure, le jeudi excepté. Examen comparatif des méthodes, procédés et instruments employés en obstétrique. On s'inscrit chez M. Verrier, 129, rue Saint-Honoré, les lundis, mercredis et vendredis, de 3 à 5 h.

Hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres. — M. le Dr DESCROIZILLES recommencera ses leçons de *pathologie* et de *clinique infantiles*, le vendredi 17 avril, à dix heures, à l'Amphithéâtre et les continuera les vendredis suivants, à la même heure. Visite à neuf heures, salles Saint-Augustin et St-Ferdinand. Consultation le mardi.

Cours de médecine mentale. — M. le Dr GILSON, commencera son cours de medecine mentale le jeudi 16 avril, à 5 heures du soir à l'école pratique de la Faculté de Médecine (rue de l'Ecole-de-Médecine), Amphithéâtre n° 2, et le continuera les jeudis et samedis suivants à la même heure.

Clinique des maladies des femmes à l'Hôtel-Dieu. — M. le Dr GALLARD, médecin de l'Hôtel-Dieu, reprendra le mercredi 14 avril, ses leçons interrompues pendant les vacances de Pâques.

FORMULES

7. Traitement de la syphilis.

Sur 306 malades traités en 1883 dans l'hôpital unique du district de Jambourg, 108 étaient atteints de syphilis (35,5 pour 100). Mais le nombre de syphilitiques parait être plus considérable, car beaucoup d'habitants attachés constamment à une profession quelconque évitent d'être soignés à l'hôpital et préfèrent un traitement chez eux pratiqué par des sorcières. La maladie se propage d'autant plus facilement que les paysans de ce district ne regardent pas la syphilis comme contagieuse. L'auteur, médecin du dit hôpital, a traité les malades d'abord par des injections de sublimé corrosif et, pour éviter les abcès, il n'a jamais frotté l'endroit où il a pratiqué la piqûre. Comme résultat, de 800 injections pratiquées sur 40 hommes 22, seulement, ont été accompagnées d'abcès (2,75 pour 100). Mais, vu la douleur qu'éprouvaient les malades par ce mode d'injection, l'auteur a eu recours au traitement par des in-

jections des solutions au 1/100 et 2/100 de *cyanure mercurique*.

Cyanure de mercure. . . . . . 1 à 2 gr.
Eau distillée. . . . . 100 gr.

Contenance de la seringue égale 1,700, la quantité de cyanure mercurique introduite est 1/4 ou 1/2 grain (0gr., 015 ou 0 gr., 03). Les piqûres ont été pratiquées dans les régions du dos et de la fesse. Voici les résultats d'une injection : au moment d'injection, pas de douleur ; 5 minutes après, douleur très légère; 10 minutes après, saveur métallique dans la bouche, 2 heures après, la douleur disparaît. L'appétit des malades ne se dérange pas. Après 12 et 13 injections, les phénomènes syphilitiques commencent à disparaître. Exceptionnellement, il se développe de la stomatite. Dans ce cas,on suspend temporairement les injections et on donne un gargarisme.

Teinture de myrrhe . . . . } aa 4 gr.
Chlorate de potasse. . . . }
Eau. . . . . 192 gr.

L'auteur fait aussi des injections aux enfants, en diminuant les doses selon l'âge, et toujours il obtient des bons résultats. Ainsi, de 1650 injections des solutions au 1/100, 10 seulement s'accompagnaient d'abcès. (0,6 pour 100). Il est à remarquer que, parmi les malades, l'auteur n'a presque jamais eu à traiter la syphilis avec ulcères primitifs (1).

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 29 mars au samedi 4 avril 1885, les naissances ont été au nombre de 1248, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 439; illégitimes, 181. Total, 620. — *Sexe féminin* : légitimes, 457 ; illégitimes, 171. Total, 628.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1881, 2.225.910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 29 mars au samedi 4 avril 1885 les décès ont été au nombre de 1150 : savoir : 601 hommes et 549 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Choléra : M. . F. .. T. . — Fièvre typhoïde : M. 14. F. 9. T. 23. — Variole : M. 2. F. 2. T. 4. — Rougeole : M. 27. F. 29. T. 56. — Scarlatine : M. 2, F. 2, T. 4. — Coqueluche : M. 1, F. 6 T. 7. — Diphthérie, Croup. M. 24, F. 21. T. 45. — Dyssenterie : M. .. F. .. T. .. — Erysipèle : M. 2, F. 2, T. 4 — Infections puerpérales : 6 — Autres affections épidémiques : M. .. F. .. T. .. — Méningite tuberculeuse et aiguë : M. 28 F. 29. T. 57. — Phthisie pulmonaire : M. 116 F. 85 T. 201. — Autres tuberculoses M. 19 F. 14. T. 33. — Autres affections générales : M. 26. F. 31 T. 57 — Malformations et débilité des âges extrêmes : M. 19. F. 39 T. 58. — Bronchite aiguë : M. 24 F. 13 T. 37. — Pneumonie : M. 64, F. 49, T. 113 — Athrepsie : M. 30 F. 23 T. 53. — Autres maladies des divers appareils : M. 176 F. 174. T. 350. — Après traumatisme : M. .. F. .. T. .. — Morts violentes : M. 21. F. 13. T. 34. — Causes non classées M. 4, F. 4, T. 8.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 86 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 34 ; illégitimes, 13 Total : 47. — *Sexe féminin* : légitimes, 28 ; illégitimes, 11. Total : 39.

Universités allemandes. — *Faculté de Berlin* : On cite, parmi les candidats à la chaire de clinique médicale vacante par suite du décès de M. Frerichs : MM. Gerhardt (de Wurzburg), Nothnagel (de Vienne) et Ziemssen (de Munich).

Hôpitaux de Paris. — La distribution solennelle des prix aux élèves pharmaciens des hôpitaux et des hospices a eu lieu le 30 mars, sous la présidence de M. Peyron, directeur. Après le discours du président, un des membres du jury a proclamé les noms des lauréats. 1re *division* : élèves de 3e et 4e année : *Prix : médaille d'or* : M. Auguste Béhel, interne de 4e année à l'hôpital de la Pitié : — *Accessit, médaille d'argent* : M. Louis Léon Grimbert, interne de 3e année à la Pitié : — *Mention honorable* : M. Eugène Louis Gallois, interne de 4e année à l'hôpital de la Charité. — 2e *Division* : élèves de 1re et 2e année : *Médaille d'argent* : M. Raymond-Louis-Joseph Bréville, interne de 1re année à l'Hôtel-Dieu ; — *Accessit, livres* : M. Honoré-Désiré Carette, interne de 2e année à l'hôpital Saint-Antoine ; — *Mention honorable* : M. Philippe-Antoine Berthould, interne de 2e année à l'hôpital de la Charité.

Questions données au concours du prosectorat. — Epreuve écrite : *Système élastique, son rôle dans la circulation et la respiration. Plaies par arrachement*. La date de la lecture n'est pas fixée.

Ecole de médecine d'Amiens. — Par arrêté du 23 mars, un concours pour un emploi de suppléant des chaires de physique et de chimie, et des chaires d'anatomie et de physiologie, à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens, s'ouvrira le 12 et le 5 novembre 1885, devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille. — Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Académie de Turin. — Un concours est ouvert de 1885 au 31 décembre 1889, pour le grand prix Bressa, entre les savants de tous les pays. Ce prix, de la valeur de 12.000 francs, sera décerné au savant qui, de 1885 à 1889, aura fait la découverte la plus remarquable et la plus utile, ou qui aura produit l'œuvre la plus considérable dans les sciences physiques et expérimentales, l'histoire naturelle, les mathématiques pures et appliquées à la chimie, la physiologie et la pathologie, voire même la géologie, l'histoire, la géographie et la statistique. Les membres nationaux, résidentes ou non résidents, de l'Académie des sciences de Turin, sont seules exclus de ce concours.

Société de médecine légale. — Séance du lundi 13 avril 1885, à 4 heures très précises, au Palais de Justice dans la salle des référés. Ordre du jour : I. M. Rocher, sur les syndicats médicaux. II. M. Fredet, de Clermont, sur un cas de mort par asphyxie. III. M. Brouardel, empoisonnement d'un enfant par le lait de sa mère. IV. Rapport de la Commission de jurisprudence.

Asiles d'aliénés. — M. le Dr Brusque vient d'être nommé médecin-adjoint de l'Asile de Vaucluse à la place de M. le Dr Boudrie dont nous avons annoncé la nomination comme médecin-directeur de l'Asile de Bassens (Savoie). On nous assure aussi que M. le Dr Garnier, médecin-adjoint à l'asile de Dijon, permute avec M. le Dr Nolé, médecin-adjoint à l'asile de Bailleul.

Corps de santé de la marine. — Sont promus : au grade de directeur du service de santé, M. Duplouy, médecin en chef ; — au grade de médecin en chef, M. Rouvier, médecin professeur. — Quelques modifications sont apportées à l'organisation du corps de santé de la marine; la plus importante élargit la base du recrutement des médecins de 2e classe, en y faisant participer les docteurs en médecine ; qu'ils soient aide-médecins titulaires ou médecins auxiliaires.

Faculté des sciences. — M. Fallières, ministre démissionnaire, avait proposé dans le budget de son ministère pour 1885, la création à la Sorbonne, d'une chaire de microbiologie.

Missions. — M. J. Barelli est chargé d'une mission au Choa ; — M. Balensa est chargé d'une mission au Tonkin, à l'effet d'y recueillir des collections scientifiques destinées à l'Etat.

Annuaire de l'internat des hôpitaux de Paris. — La Commission chargée de la publication d'une nouvelle édition de l'*Annuaire de l'Internat*, prie les internes ou anciens internes des hôpitaux qui auraient à signaler quelques erreurs ou quelques modifications survenues depuis la dernière édition, de bien vouloir en informer M. le Dr Sevestre, 7, rue Scribe, à Paris.

Erratum. — Dans l'article de M. le Dr G. Maunoury sur la *cholécystotomie*, à l'avant-dernière ligne de la seconde colonne de la page 275, il faut lire *Langenbuch* au lieu de Langenbeck.

Nécrologie. — M. le Dr Raynaud, médecin du 111e de ligne, tué à Bang-Co, dans les derniers combats du Tonkin ; — Le *Concours médical* annonce la mort de M. le Dr Dartigues père (de Villefranche). — Le Dr Grocler (d'Ornanes). — Le Dr Louis, médecin de la Compagnie P. L. M., à Villard-les-Dombes (Ain). — Le Dr Colombel (de Paris). — Le Dr Pozzo di Borgo, médecin de la marine, victime du naufrage de l'*Oise* — Le Dr Louis Elsberg, décédé à New-York, le 19 février dernier; était un des représentants les plus autorisés de la laryngologie américaine. Président de la société de laryngologie d'Amérique, il fut à New-York, l'un des fondateurs de l'institut polyclinique, rédacteur en chef des *Archives de laryngologie*, collaborateur des *Schmidt's Jahrbücher*, du medical and surgical reporter, de la *Revue mensuelle de Laryngologie*. il a publié un travail sur la gorge et la voix (*Throat and voix. Revue mensuelle de Laryngologie*). — Le Dr Prosper Lucas vient de mourir le 2 avril, à l'âge de 70 ans, à Mennec (Seine-et-Oise), où il s'était retiré depuis sa mise à la retraite. Successivement médecin des aliénés de Bicêtre et de l'asile Sainte-Anne, le Dr Lucas est surtout connu par son *Traité philosophique et physiologique de l'hérédité naturelle dans les états de santé et de maladie du système nerveux* (2 vol. in-8, Paris, 1847-1850). Le Dr Prosper Lucas était le frère de M. Charles Lucas, membre de l'Académie des sciences morales et politiques, bien connu par ses travaux sur les questions pénitentiaires et l'abolition de la peine de mort.

(1) Prochoroff. *La syphilis dans le district de Jambourg et le traitement par injections de solutions au 1/100, au 2/100 de cyanure mercurique*. (*Le médecin*, n° 3. 1885. Saint-Pétersbourg) (An. par J. Roubinowitsch.)

13e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. I. N° 16 BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 18 AVRIL 1885.

Le Progrès Médical

CLINIQUE MÉDICALE

—

Stomatite et endocardite infectieuses;

Par E. BRISSAUD.

Il n'existe peut-être pas une seule maladie aiguë, même parmi celles qui ne sont qu'accidentelles et traumatiques, au cours de laquelle on ne puisse voir s'installer plus ou moins sournoisement l'appareil symptomatique d'une endocardite infectieuse. Les fièvres dites essentielles, les pyrexies, les fébri-phlegmasies, les septicémies primitives ou secondaires sont, de beaucoup, les conditions étiologiques les plus favorables à cette complication. Mais comme chacun de ces états morbides antérieurs est, à un moment donné, capable de révéler son génie infectieux par une endocardite aiguë (végétante ou ulcéreuse) ; comme en outre, celle-ci a certaines localisations de prédilection selon ses facteurs pathogéniques; enfin, comme elle ne se déclare que très exceptionnellement à titre de maladie indépendante et autonome, et seulement chez les affaiblis ou les cachectiques, on en est venu peu à peu à douter de la spécificité univoque de l'endocardite ulcéreuse des auteurs ; et même, à l'heure actuelle, on a quelque tendance à l'envisager comme une simple complication anatomique, comme une détermination cardio-valvulaire d'une quantité d'états fébriles infectieux très différents les uns des autres.

Si cette opinion est fondée, la similitude ou tout au moins l'analogie des lésions, dans des états morbides parfaitement distincts, serait donc imputable, non plus à un agent septique, toujours identique à lui-même et constant dans ses effets, mais à un simple procédé de réaction de l'endocarde, invariable et en quelque sorte commandé par la structure de cette membrane.

Il est inutile, à propos d'un cas isolé, d'énumérer la série des maladies en quelque sorte pathogènes ou efficientes de l'endocardite infectieuse. Sous ce rapport, tout a été observé et décrit. Mais, à côté des états fébriles déterminés et classés qui relèvent d'une cause spécifique bien connue, et qui, à ce titre, sont capables d'endocardite végétante ou ulcéreuse, il existe d'autres états morbides non classés ou mal déterminés, qui font retour à l'ancienne catégorie des fièvres putrides, et dans lesquels l'endocardite infectieuse apparaît encore non pas comme une localisation indispensable, mais comme une complication possible et alors presque toujours fatale.

Voici un de ces cas où une septicémie encore innommée, très différente de celle qui caractériserait la soi-disant *endocardite ulcéreuse spontanée*, a fait naître des végétations valvulaires et donné lieu à des accidents viscéraux multiples qui se sont terminés par la mort.

Anne D..., âgée de 55 ans, entre à l'hôpital Tenon, salle Laënnec, n° 6, le 29 octobre 1884. C'est une femme de taille moyenne et non dépourvue d'embonpoint, mais d'une pâleur étrange, tirant un peu sur le jaune ictérique. Il y a quelques jours elle a été prise d'un gonflement de la joue et du cou du côté droit, en d'autres termes d'une « *fluxion* » avec gêne des mouvements de mastication. Assez rapidement ce gonflement et la douleur qui l'accompagnait augmentèrent au point d'empêcher la déglutition ; la muqueuse buccale devenait en même temps très sensible, très rouge, et la malade, quoique non fébricitante, était admise à l'hôpital, où l'on constatait ce qui suit :

Le 30 *octobre*, la région sous-maxillaire droite, la joue, l'angle de la mâchoire et la partie moyenne de la région sterno-mastoïdienne forment une large voussure tendue, rouge, œdémateuse, qui fait penser immédiatement à un adéno-phlegmon. La bouche n'est ouverte qu'à grand'peine ; la langue est tuméfiée, empâtée. On n'aperçoit que très difficilement le fond de la gorge qui est d'un rouge sombre, surtout à droite, mais dépourvu d'exsudat. A l'examen du vestibule buccal on reconnaît un dépôt de matière plâtreuse à la sertissure des dents inférieures, sans perte de substance de la muqueuse. Il ne s'agit évidemment que d'une accumulation de tartre et d'épithélium ; d'ailleurs, à la face interne des gencives, il en existe autant. Mais au-dessous de la langue on découvre encore quelque chose d'analogue et qui est plus important. Toute la partie droite du repli du plancher de la bouche est rouge, boursouflée, et bordée d'une crête grisâtre, d'apparence pseudo-membraneuse et très adhérente. Ce liseré paraît indiquer un commencement de gangrène du repli muqueux. Du reste l'haleine a une fétidité repoussante ; les dents sont déchaussées et peu solides. Et tout cela s'est produit dans l'espace de quelques jours.

Il était bien vraisemblable que le phlegmon ou la menace de phlegmon sous-maxillaire avait pour cause cette singulière stomatite pseudo-gangréneuse. Quant à l'origine de celle-ci, ni les renseignements fournis par la malade, ni les caractères de la lésion n'étaient de nature à nous édifier. En tout cas, le plus pressé était de déterger la muqueuse buccale et de combattre la tendance à la mortification. Il fut convenu que la malade se laverait la bouche fréquemment, toutes les heures au moins, tantôt avec une décoction forte de guimauve, tantôt avec de l'eau tiède additionnée de quelques gouttes de teinture de benjoin. Sur la moitié droite de la face et du cou on appliqua un large cataplasme et, pour toute médication interne, on donna une potion au chlorate de potasse.

Ce traitement produisit une amélioration sensible dans l'état de la muqueuse buccale ; l'œdème inflammatoire de la langue, de la gencive, du repli du plancher de la bouche diminua en quatre ou cinq jours. La crête grisâtre du pli muqueux sublingual s'élimina par petits fragments, ce qui fut la confirmation de notre diagnostic de stomatite gangréneuse superficielle. En même temps la rougeur de la peau se localisait dans la région sous-maxillaire et annonçait l'ouverture prochaine, à ce niveau, d'une collection purulente. Une ponction au bistouri prévint l'issue spontanée du pus. La quantité qui s'en écoula fut d'ailleurs très faible. A partir de ce moment l'œdème diminua vite. Les mouvements de déglutition redevinrent faciles, et l'appétit hâtant la convalescence, on pouvait espérer une prompte guérison.

Le 10 novembre, apparurent de la diarrhée et des vomissements, sans cause saisissable, avec quelques frissons passagers. Dès le lendemain l'abattement, l'anorexie, la coloration jaune du tégument, l'altération profonde des traits nous faisaient soupçonner une complication grave. Mais il n'y avait pas du tout de fièvre ; la température oscillait autour du niveau normal et le pouls restait lent et régulier. Par acquit de conscience nous auscultons la malade et, à notre grand étonnement, nous entendons, au sommet du poumon droit, un souffle tubaire d'une intensité exceptionnelle, parfaitement limité au tiers supérieur, sans accompagnement de râles.

Le 12 et le 13 novembre, l'état local est le même ; mais, quoi-

qu'il n'y ait pas trace de fièvre, quoique la respiration soit parfaitement libre et facile, l'état général n'a fait qu'empirer. La diarrhée et les vomissements persistent ; la prostration, la sécheresse de la langue, l'anorexie absolue, l'anéantissement complet des forces, l'amaigrissement rapide caractérisent une cachexie aiguë.

Le 14, au matin, les signes physiques de l'induration pneumonique n'ont pas varié ; les râles sont rares ; l'expectoration manque ainsi que la dyspnée ; la température est normale, le pouls est régulier et non accéléré, mais la diarrhée augmente et se complique de méloena. Enfin, l'auscultation cardiaque qui jusqu'à ce jour n'avait fourni aucun indice morbide, laisse entendre un très léger souffle systolique de la pointe. Les toniques à forte dose et les anti-diarrhéiques, prescrits depuis trois jours déjà, sont absolument inefficaces. D'ailleurs la température vespérale n'est que de 37°,8 ; quoi qu'il en soit, l'apparition du souffle cardiaque nous fait soupçonner une endocardite infectieuse.

Le 15, la température matinale est la même ; l'état général s'aggrave encore. La pneumonie ne varie pas ; le souffle cardiaque augmente légèrement. La diarrhée est toujours aussi abondante et mélangée de caillots cruoriques. Les alcooliques, l'opium, sont prescrits à dose plus élevée. Le soir, la température monte à 38°,2.

Le 16 et le 17, accès de fièvre vespérale, très court et très léger, car la température maxima n'est encore que de 38°,2. La diarrhée ne diminue pas, mais l'hémorrhagie tend à s'arrêter.

Le 18, les selles sanguinolentes sont supprimées ; la diarrhée continue. Les signes d'induration pneumonique se modifient. Le souffle est moins rude ; on commence à entendre quelques râles humides ; mais les crachats manquent toujours totalement. Le cœur est régulier et assez énergique : le souffle systolique persiste. La langue est tout à fait sèche ; la prostration est profonde ; la malade éprouve des douleurs assez vives dans la tête et dans le ventre. — Alcool, opium, nitr. d'argent.

Le 19, au matin, la température est de 37°,4. Le pouls est régulier, mais les vomissements qui avaient cessé depuis trois ou quatre jours ont repris de plus belle ; ce sont des vomissements verts, porracés. La diarrhée a diminué. Les signes stéthoscopiques sont rigoureusement les mêmes, à savoir : souffle pneumonique dans le tiers supérieur du poumon droit, en avant et en arrière, avec quelques râles humides assez fins rappelant les sous-crépitants ou les crépitants de retour. Température du soir 37°,6.

Le 20, dixième jour de la maladie, à compter de l'apparition de la diarrhée, l'abattement, la prostration, la perte complète de toute énergie, la sécheresse de la langue indiquent que la mort est proche. Le pouls cependant est parfaitement régulier et la température n'est que de 37°5. L'auscultation n'a guère varié. On entend seulement de gros râles humides au sommet. Le souffle cardiaque est toujours le même.

La malade meurt dans la nuit.

Autopsie. — L'incision thoracique médiane est poursuivie latéralement sur le côté droit du cou jusqu'à l'angle de la mâchoire. Dans la région sous-maxillaire on retrouve des traces du petit phlegmon qui avait amené la malade à l'hôpital. Cependant, non seulement il n'existe plus trace de pus à ce niveau, mais il est impossible de reconnaître, en dehors de la rougeur plus prononcée de tous les tissus, le moindre vestige de l'adéno-phlegmon dont l'ouverture ne remonte pas au delà de quinze jours.

A l'ouverture de la cavité thoracique, on s'aperçoit que le poumon droit, assez adhérent par places, ne s'affaisse pas et est notablement induré. La coupe de la totalité de l'organe montre le lobe supérieur et le lobe moyen envahis par une hépatisation grise ; cette hépatisation ne dépasse pas la scissure interlobaire inférieure et laisse complètement intact tout le lobe inférieur. La surface de section de la masse hépatisée n'est pas granuleuse ; il ne s'en écoule pas de pus ; enfin quelques lobules ou groupes lobulaires, tant au centre qu'à la périphérie, sont parfaitement limités par leur enveloppe conjonctivo-élastique légèrement épaissie. Par conséquent l'hépatisation dont il s'agit n'est pas celle d'une pneumonie fibrineuse, mais bien d'une broncho-pneumonie pseudo-lobaire catarrhale.

Le cœur est petit, un peu pâle et renferme des caillots cruoriques et fibrineux en abondance. Les artères cardiaques ne sont pas dégénérées. Les valvules ne présentent aucune adhérence entre elles ni avec le myocarde. Mais après avoir soigneusement lavé les deux valves de la mitrale, on constate aux points d'insertion des cordages tendineux, sur le bord libre de la valvule droite, de petites productions rosées, papilliformes, d'un rouge vif, ne dépassant pas un millimètre de hauteur. Nulle part sur toute l'étendue de cette série de végétations disposées sous forme de liseré à l'extrémité des cordages, il n'y a trace d'érosion de l'endocarde ou des végétations elles-mêmes.

Le foie paraît sain ; il renferme un assez gros kyste hydatique uniloculaire dans sa partie moyenne. Enfin le tube digestif, examiné avec soin depuis le cardia jusqu'au rectum, ne présente aucune altération capable d'expliquer les hémorrhagies intestinales. Les plaques de Peyer et les follicules clos ont une coloration à peine rosée, sans dénudation épithéliale, et l'on ne constate sur aucun point l'existence d'infarctus. — La rate et les reins sont d'un rouge cyanique.

Résumons les faits : Une femme de cinquante-cinq ans, à la suite d'une stomatite gangréneuse, superficielle et légère, tombe tout à coup dans un état cachectique des plus graves ; malgré une apyrexie presque absolue, une broncho-pneumonie et une endocardite se déclarent, et la malade succombe au bout de 9 jours. A l'autopsie, on constate l'existence d'un vaste foyer broncho-pneumonique et d'une endocardite végétante des mieux caractérisées.

Une première question était de savoir s'il y avait relation de cause à effet entre la stomatite et la maladie subséquente. L'autopsie démontrant l'endocardite, il fallait s'en tenir à l'hypothèse la plus vraisemblable qui était que l'endocardite, avec ses caractères anatomiques, sa localisation, sa forme végétante, résultait d'une septicémie dont la stomatite gangréneuse avait été le point de départ, ou, si l'on veut, l'occasion.

Pourtant, cette stomatite, au lieu d'être *infectante*, n'avait-elle pas été elle-même la conséquence d'un état général infectieux ? N'était-elle pas une pure et simple localisation anatomo-pathologique, tout comme la broncho-pneumonie qui l'accompagnait? cette supposition mérite à peine qu'on la discute : la stomatite en effet, ainsi que le petit adéno-phlegmon qui en était résulté, avaient presque totalement disparu, quand la cachexie aiguë se déclara. Il faudrait donc admettre qu'une rémission se fût produite dans l'évolution de cette dyscrasie infectieuse. Telle n'est pas la conduite ordinaire de l'endocardite végétante.

En second lieu, on peut se demander quelle signification avait la broncho-pneumonie par rapport à l'endocardite. Celle-ci n'était point ulcéreuse. Les coagulations ventriculaires trouvées à l'autopsie étaient de date récente ; il n'y avait pas, par conséquent, à supposer que ce vaste foyer inflammatoire eût été produit par une obstruction de l'artère pulmonaire. Et puis les caractères anatomiques de la lésion n'avaient aucune analogie avec ceux de l'apoplexie embolique. D'autre part, l'hépatisation avait été diagnostiquée avant l'endocardite ; mais peut-être celle-ci existait-elle avant celle-là ? Sur ce point il n'y a que des hypothèses à faire.

Admettons que l'inflammation proliférative des valvules fut contemporaine de la phlegmasie pulmonaire : il n'en reste pas moins cette singularité tout à fait inexplicable de l'apyrexie à peu près absolue constatée pendant toute la durée de cette complication ultime. Assurément il existe des cas d'endocardite infectieuse

où la fièvre a manqué depuis le premier jour jusqu'au dernier. Il y a même là une variété clinique que M. Jaccoud a mentionnée un des premiers et le tout premier peut-être. Mais dans notre observation, ne semble-t-il pas qu'il y eût incompatibilité entre l'état d'apyrexie et l'étendue considérable de l'inflammation broncho-pulmonaire? Le fait est là pourtant.

Enfin, l'intestin qui avait été le siège d'hémorrhagies si abondantes, ne présentait après la mort aucune altération apparente, pas la moindre érosion, pas le plus petit infarctus. L'estomac était aussi sain que l'intestin. Quel avait donc été le mécanisme de l'hémorrhagie? Sans doute, puisque les selles sanglantes étaient apparues dans les premiers jours, il s'agissait de cette sorte d'épistaxis intestinale comme on en voit survenir au début des fièvres essentielles malignes. Le plus souvent, en pareille circonstance, l'autopsie la plus attentive ne révèle pas le lieu de passage du sang.

Ainsi, tout démontre que notre malade a succombé à un état infectieux, caractérisé anatomiquement par deux grosses lésions, l'une pulmonaire, l'autre cardio-valvulaire. Mais comment appeler cette infection? Le nom importe peu. Il serait plus intéressant de savoir par quelle voie le mal a pénétré. On ne peut ici se défendre d'admettre que la stomatite gangréneuse superficielle dont la malade avait été atteinte vingt jours avant sa mort et qui s'était compliquée d'un petit phlegmon sous-maxillaire, ait été pour beaucoup dans la pathogénie de cette septicémie. Les chirurgiens savent la gravité des traumatismes de la cavité buccale, en raison des accidents infectieux consécutifs. Le cas que nous venons de rapporter, quoique purement médical, montre la possibilité d'accidents semblables ou analogues, à la suite de certaines stomatites; parmi ces accidents, l'endocardite végétante n'est qu'une lésion d'importance secondaire. Elle ne fait pas l'infectiosité de la maladie, mais elle la prouve ; et elle est toujours semblable à elle-même quel que soit l'agent septique. Il est donc aussi difficile, aussi impossible de définir la nature d'une infection d'après les caractères anatomiques de l'endocardite ulcéreuse ou végétante, que d'après l'hépatisation broncho-pneumonique qui peut, comme cette forme d'endocardite, compliquer la plupart des états infectieux.

CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE. — **M. H. LELOIR.**

Leçons sur la Syphilis (1).

Professées à l'hôpital Saint-Sauveur

DEUXIÈME LEÇON

SOMMAIRE. — *Chapitre I. Du virus syphilitique* (suite). — B. *Siège du virus syphilitique.* — Ce virus existe : dans le chancre, dans les syphilides précoces, — les syphilômes non résolutifs des périodes tardives sembleraient ne pas être inoculables. Nécessité de nouvelles recherches à cet égard. — Le sang des sujets syphilitiques est virulent, dans les périodes précoces de la vérole tout au moins. Le virus syphilitique n'existe pas dans les sécrétions physiologiques normales et pures des sujets syphilitiques. Les liquides pathologiques provenant de lésions non spécifiques développées sur un sujet syphilitique ne sont pas virulentes, lorsqu'elles sont pures. Mais il faut redouter leur mélange avec le sang du sujet. Elles deviennent également virulentes quand il se montre sous la lésion non spécifique, un syphilome par irritation.

C. *Résistance du virus.*

D. *De la contamination. Modes de transport du virus du sujet infectant au sujet infecté.* — Importance de cette étude au point de vue de la prophylaxie de la vérole. — La vie en commun avec un sujet syphilitique virulent constitue un danger permanent. — Mesures prophylactiques que pourraient prendre le Gouvernement, les Municipalités, les Administrations hospitalières. Règlement de police à Bergen (Norwège). De l'isolement des syphilitiques dans les hôpitaux. Mesures à prendre à l'égard des filles publiques.

1° *De la contamination directe ou immédiate.* — *a.* Rapports vénériens. — Etiologie psychologique bizarre de certains rapports anormaux. (Exemple) : Attentats à la pudeur. Un préjugé idiot. — *b.* Baisers Observation curieuse de chancre infectant du pied, consécutif à des baisers excentriques. — *c.* Morsures. — *d.* Succions. — *e.* Insufflation de bouche à bouche. — *f.* Allaitement ; cause puissante de contamination des nourrices et nourrissons. — Du sein dit banal. — Les nourrices et nourrissons peuvent être infectés autrement que par le sein dans l'allaitement. (Exemple) : La syphilis des nourrices et nourrissons peut s'étendre à leur entourage. — Insouciance de certaines nourrices. — Egoïsme criminel de certains parents, fondé sur un préjugé absurde. — (Exemple) : Un problème de clientèle difficile. — Conclusions : A nourrisson syphilitique, il faut nourrice syphilitique et réciproquement. Loi de Colles. Allaitement maternel. Allaitement par une nourrice syphilitique. Allaitement par les animaux.

B. SIÈGE DU VIRUS SYPHILITIQUE

Mais, Messieurs, cessons cette discussion un peu longue sur la nature hypothétique du virus. Abandonnons le vague pour entrer dans le domaine des faits et demandons-nous : où siège, où se trouve le virus syphilitique? Quels sont chez les syphilitiques les produits virulents? Quelles lésions, quels éléments liquides ou solides contiennent le virus syphilitique? Ici l'expérimentation (inoculations expérimentales sur l'homme que l'on ne saurait trop blâmer malgré les preuves décisives qu'elles ont fournies) ; la clinique, la méthode des confrontations si bien établie par Bassereau, Fournier, etc., nous permettent d'affirmer : 1° Que le virus syphilitique siège dans le chancre infectant et dans le liquide qu'il sécrète; 2° que le virus syphilitique siège dans certaines syphilides cutanées et muqueuses de la période précoce de la vérole ; 3° que le virus syphilitique siège dans le sang pendant les périodes précoces de la syphilis tout au moins.

1° *Le chancre syphilitique est virulent. a*). L'inoculation du chancre syphilitique pratiquée sur un sujet sain reproduit le chancre syphilitique et donne la vérole comme l'ont montré dans 13 cas les expériences de Rinecker, Danielsen, Rollet, Anonyme du Palatinat, Gibert, Hebra et Rosner, Bœrensprung, Belhomme, Lindwurm, Puche. *b*). Les confrontations de Bassereau (1852), de Clerc, et surtout les 72 belles observations de Fournier (1857) ont démontré d'une façon péremptoire : que le chancre induré a toujours donné naissance (sur des sujets sains bien entendu) à un chancre de même nature et toujours dans ces conditions, la vérole a succédé au chancre de part et d'autre (Fournier).

2° *Les accidents précoces de la syphilis (accidents dits secondaires) sont virulents.* C'est là un fait d'une importance majeure tant au point de vue théorique que pratique. Il est inutile d'insister ici sur son importance théorique. Mais voyez de quelle importance pratique est la constatation de ce fait. Jusqu'au jour où la démonstration de la virulence des syphilides secondaires eût été faite, malades et médecins étaient laissés dans une fausse sécurité, qui, trop souvent, a été la cause d'accidents déplorables dont je ne veux pour exemple que le fait clinique de Langlebert (1856). Aussi comme l'a bien

(1) Voir *Progrès médical*, nos 11 et 12.

fait observer Rollet, cette fausse sécurité constituait-elle un véritable danger public. En effet, Messieurs, on ne saurait trop le répéter, et vous pouvez en juger vous-mêmes journellement dans nos salles, la cause la plus puissante de la propagation de la vérole, de la perpétuité de cette maladie, ce n'est pas le chancre, accident unique en général, passager, éphémère ; mais ce sont bien les syphilides secondaires, les syphilides papulo-érosives et autres des muqueuses en particulier, accidents multiples, disséminés, étendus, tenaces, récidivants, et récidivant pendant des années même. Ici encore c'est l'expérimentation et la clinique qui ont démontré cette vérité aujourd'hui incontestée et incontestable.

a). *Inoculations.* Les papules érosives (plaques muqueuses) inoculées à un sujet sain reproduisent le chancre infectant et donnent la vérole. Le fait a été établi en premier par Wallace (1835). Les inoculations de Hebra et Rosner, Waller, Lindwurm, l'Anonyme du Palatinat, Gibert, Galligo, Guyenot, Bœrensprung, Auzias-Turenne, ont porté à 14 le nombre des faits positifs obtenus par ces inoculations volontaires. Les 4 inoculations de Wallace, Vidal, Rinecker, ont montré que les syphilides pustuleuses précoces étaient contagieuses.

b) *La clinique.* La clinique et les confrontations avec Rollet (1856), Auzias-Turenne, Langlebert, Fournier, etc., ont démontré d'une façon péremptoire ce caractère éminemment contagieux des papules érosives ; caractère contagieux affirmé d'ailleurs depuis longtemps par Bell, Swediaur, Lallemand, Cullerier, contrairement à l'opinion de Hunter. Vous constatez journellement la nature contagieuse de ces lésions. Deux inoculations de Tanturi et de Profeta semblent prouver que les lésions tardives de la syphilis, les gommes en particulier ne sont pas inoculables. La clinique semble plaider également en faveur de leur non-inoculabilité. Mais, je pense, Messieurs, que ce caractère inoculable ne repose pas encore sur une base assez solide pour pouvoir être affirmé avec certitude, et que notre devoir de médecin doit être plutôt, malgré l'apparence contraire, de signaler le danger que présentent, au point de vue de la contamination, les productions syphilitiques à toutes leurs périodes.

3° *Le sang des sujets syphilitiques* dans les périodes précoces de la vérole tout au moins, peut transmettre la vérole. Les inoculations expérimentales de Waller (1850), l'Anonyme du Palatinat, Gibert, Pellizari, Lindwurm, ont démontré cette virulence du sang au début de la période secondaire. Les 17 inoculations involontaires de Diday et celle de Profeta sembleraient prouver que le sang des syphilitiques n'est plus inoculable dans les périodes tardives de la vérole. Mais l'on peut toujours se demander si de nouvelles inoculations ne viendraient pas démontrer le contraire et l'on doit être très réservé dans une question aussi grave lorsque l'on songe qu'un syphilitique tertiaire vérolé depuis de longues années, peut procréer un enfant syphilitique virulent, bien que le père soit complètement indemne d'accidents spécifiques apparents depuis longtemps. On ne saurait trop le répéter, et nous y reviendrons souvent, il y a dans l'évolution du virus syphilitique dans le corps humain, dans la détermination pathogénique des poussées, des réveils du virus, une série de données qui nous échappent.

4° *Les produits de sécrétions normales d'un sujet syphilitique ne peuvent transmettre la vérole à moins d'être mélangés à des particules de syphilides virulentes ou à du sang virulent.* C'est ainsi, par exemple, que le lait d'une femme syphilitique ne peut transmettre la vérole au nourrisson lorsque le sein de la malade est indemne de syphilides. Vous avez vu dernièrement dans notre salle Saint-Damiens qu'une mère nourrice syphilitique a pu faire téter impunément son enfant parce que son sein était indemne de syphilides. Les exemples abondent où des nourrices syphilitiques ont pendant de longs mois nourri un enfant sans le contaminer, tant que leur sein était intact. D'ailleurs, les inoculations de Padova et de Profeta ont démontré que le lait d'une syphilitique, dont le sein est intact, n'est pas inoculable. Il en de même de la salive des syphilitiques, tant qu'il ne s'est pas produit d'éruptions spécifiques dans la bouche, ainsi que l'ont montré les inoculations que Profeta a courageusement faites sur lui-même ; et ainsi que le démontre journellement la clinique. Malheureusement la bouche étant très fréquemment un foyer intense de syphilides récidivant avec opiniâtreté, la salive est rarement pure, et, grâce à son mélange avec les produits des syphilides buccales, elle constitue un agent puissant de contagion. Les larmes, la sueur, le sperme (Mireur 1877) des syphilitiques ne paraissent pas être non plus inoculables. Et cependant, chose étrange, comme je vous l'ai déjà dit dans mes leçons, le sperme du syphilitique indemne d'accidents, contient assez souvent le germe de la syphilis virulente de l'enfant.

5° *Les liquides pathologiques provenant de lésions non virulentes développées sur des sujets syphilitiques ne paraissent pas non plus susceptibles de transmettre la vérole par inoculations lorsqu'elles sont pures.* Ainsi, par exemple, le pus de vaginite, de blennorrhagie, de leucorrhée, la sérosité d'eczéma recueillis sur des sujets syphilitiques ne sont pas inoculables. Il en est de même du pus de chancre mou, du virus vaccinal des sujets syphilitiques, lorsque ces produits ne contiennent pas de sang ou de virus syphilitique. Malheureusement il est difficile de dire quand ils n'en contiennent pas. Il ne faut pas oublier non plus, et c'est là un fait d'une grande importance, que des irritations mécaniques, chimiques ou pathologiques du tégument peuvent déterminer *in situ*, l'apparition d'un syphilôme, spécifique. Aussi doit-on toujours se méfier de ces inoculations faites avec des humeurs pathologiques recueillies sur des sujets syphilitiques ; car l'irritation produite par l'inflammation simple peut déterminer, je le répète, l'apparition d'un syphilôme dont les produits virulents se mélangeront à ceux de la lésion non syphilitique sous laquelle ce syphilôme s'est développé.

En somme, il paraît prouvé que le pus de la blennorrhagie, des chancres mous, le virus vaccinal, etc..., recueillis sur un sujet syphilitique ne donneront pas la vérole s'ils sont purs. Quand ils sont mélangés, ils produiront un chancre mixte (Rollet) dont vous avez pu étudier un bel exemple chez le n° 12 de notre salle des hommes), une pustule vaccinale mixte, etc. Telles sont, Messieurs, les données que nous possédons sur le siège du virus syphilitique.

C. Résistance du virus, sa vitalité.

Avant de terminer, Messieurs, cette étude du virus de la syphilis, je dois vous faire remarquer, — ce qui est d'une grande importance pratique au point de vue de la contamination, en particulier au point de vue de la contamination indirecte, — que d'une part ce

virus est très résistant à l'action de divers liquides physiologiques ou morbides : salive, lait, urine, mucus, sérum, lymphe, pus, pus chancrelleux, etc., et même suc gastrique comme l'ont montré les expériences de Padova ; et que d'autre part, ce virus est doué d'une grande vitalité comme l'indiquent les contagions médiates au moyen d'objets souillés depuis longtemps par ce virus. Ce sont là des faits que l'on ne saurait trop avoir présents à l'esprit. (*A suivre.*)

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Sur la mortalité des enfants du premier âge (1).

DES MOYENS PROPRES A ATTÉNUER LA MORTALITÉ DES ENFANTS DU PREMIER AGE. — Nous avons indiqué quelques-unes des causes de la mortalité excessive qui frappe les enfants âgés de 0 à 1 an.

Les efforts que nous avons faits pour apprécier la valeur comparative de chacun de ces facteurs de mortalité, n'avaient d'autre but que de faciliter la seconde partie de notre tâche, la plus importante, puisqu'elle doit nous conduire à l'étude des mesures prophylactiques efficaces.

Dans cette revue sommaire des remèdes que nous semble indiquer la situation sanitaire de notre population infantile, nous suivrons autant que possible le classement étiologique adopté plus haut.

On a vu le rôle énorme que joue l'illégitimité dans la stérilité systématique, la morti-natalité, les infanticides patents ou déguisés (avortements), la mortalité des nourrissons et même des enfants plus âgés (2).

On a vu combien la situation de Paris était alarmante à ce point de vue et combien nous devions envier le sort de Londres qui a *sept* fois moins de naissances illégitimes que nous. Il résulte de ces constatations douloureuses, qu'il faut s'attacher à diminuer la part de l'*illégitimité* dans la mortalité infantile.

Ici se pose la question du mariage et des entraves que le code civil (œuvre de jurisconsultes purs) a mis à cet acte si important au point de vue économique et social. Il est bien vrai qu'en Angleterre, par exemple, l'acte du mariage n'est pas entouré des mêmes difficultés qu'en France. Le code Napoléon, en rendant obligatoire le consentement des parents, avant 25 ans pour l'homme, et 21 ans pour la femme, en exigeant après cet âge les formalités longues et coûteuses des *actes respectueux*, en prescrivant des publications, en demandant des pièces nombreuses, en autorisant les oppositions, etc., a mis des obstacles sérieux aux mariages.

Ne serait il pas temps de demander la révision de quelques-uns des articles de ce code auquel on n'a pas touché depuis le commencement du siècle? MM. Bertillon, Rochard, Lunier et un grand nombre de démographes verraient avec plaisir tomber la plupart des obstacles qui empêchent les mariages faciles. Dans les quartiers pauvres de Paris, dans les classes ouvrières, le nombre des unions illégitimes est considérable : or, il est probable que ces unions seraient volontiers régularisées, si le mariage était rendu légalement facile et peu coûteux. Ce qui le prouve, c'est que le nombre des reconnaissances d'enfants qui n'est que de 11,9 0/0 dans le riche arrondissement de l'Elysée, s'élève à 29 dans le XVIII, à 29,9 dans le XIXe, à 32,7 dans le XIIe arrondissement.

Les ouvriers accepteraient donc bravement les conséquences et les charges du mariage ; ils sont arrêtés par les frais et les formalités exigés par la loi. En 1780, c'est-à-dire avant le code civil, on comptait en France, 93 mariages sur 10,000 habitants. Aujourd'hui, on n'en compte que 74 (Lunier).

Déjà en 1870, sur la proposition de MM. Chauffard et Blot, l'Académie de médecine demandait la réforme des conditions sociales et légales qui favorisent le grand nombre des naissances illégitimes. Récemment encore, M. Lefort disait (1) : l'augmentation déplorable du chiffre absolu des enfants naturels, en même temps que l'élévation de leur mortalité, mérite toute l'attention des économistes, des médecins et des législateurs. Il y a dans ce double phénomène, un danger pour l'état social et un malheur pour le pays (2).

La recherche de la paternité, qui existe chez presque tous les peuples civilisés, aurait le double avantage, si elle était inscrite dans nos lois, de diminuer le nombre des naissances illégitimes, et d'inciter les jeunes gens au mariage. Presque tous les auteurs qui ont étudié la question, MM. Chauffard, Marjolin, J. Bergeron, Lefort, Lagneau, Lunier, etc., se déclarent hautement favorables à l'adoption de cette mesure équitable.

Faut-il, pour prévenir les abandons, les infanticides auxquels la misère et la honte conduisent les filles-mères, demander le rétablissement des tours? Il est peu de médecins qui aillent jusqu'à demander la réouverture de ces établissements tels qu'ils existaient autrefois. Mais tout le monde est d'accord pour proposer le *secret absolu* aux filles qui veulent accoucher dans les hôpitaux, ou confier leurs enfants à l'Assistance publique (Marjolin, Lagneau, Lunier, etc.

Enfin, on atténuera sensiblement la mortalité des nouveau-nés si l'on prend des mesures suffisantes pour secourir les filles mères ou même les femmes mariées surtout quand elles voudront allaiter elles-mêmes leurs enfants.

Chez les enfants des ouvrières de la manufacture de M. J. Dolfus, à Mulhouse, on observait une mortalité de plus de 40 pour 100 dans les six premières semaines. (3).

On supposa avec toute apparence de raison que cette mortalité vraiment effroyable était due à ce que les ouvrières, ne pouvant se passer de leur salaire, reprenaient leur travail trop tôt et ne pouvaient donner à leurs enfants les soins absolument indispensables dans les premières semaines de la vie.

M. Dolfus prit en conséquence la généreuse résolution de continuer aux ouvrières en couches leur salaire

(1) Voir le *Progrès médical*, n°s 12 et 15.
(2) Sur 1000 garçons nés vivants, à 21 ans, lors de l'appel sous les drapeaux, des légitimes il en survit 654 à 668 ; des *illégitimes*, 257 à 260 (Lagneau. — *Acad. de méd.*, 20 janvier 1885.)

(1) *Acad. de méd.*, 17 février.
(2) D'après Bertillon, 75,000 enfants illégitimes qui naissent en France chaque année donnent 24,500 décès, c'est-à-dire 12,000 de trop environ !
(3) *Réforme médicale*, 1867 (H. de Castelnau).

pendant six semaines, ce qui fit descendre la mortalité à **25 p. 100.**

L'expérience est concluante ; il suffirait de la généraliser à la France entière. Mais où trouver l'argent nécessaire pour mener à bien un si vaste projet? La charité privée, pas plus que l'Assistance publique, ne peuvent subvenir à toutes les misères qui viennent frapper à leur porte. Ne pourrait-on pas mettre à l'étude un projet d'impôt sur les célibataires de plus de 25 ans qui aurait le double avantage de pousser ceux-ci au mariage et de créer une caisse de secours pour les filles-mères ? Le Dr Gibert (de Marseille) trouverait cet impôt parfaitement juste ; avant lui, les consuls Camille et Posthumius, si l'on en croit Cicéron (*de Republicâ*), auraient fait contribuer les célibataires de Rome à l'œuvre de la protection de l'enfance.

En attendant que cet impôt soit voté, nous ne pouvons qu'approuver l'institution des crèches (Marbeau) et le développement des sociétés protectrices de l'enfance qui font une très active et très généreuse propagande en faveur de l'allaitement maternel et de la surveillance des nourrissons.

La question de l'allaitement mérite en effet la première place dans cette étude de la mortalité de l'enfance; nous allons la traiter avec quelques développements. On ne peut se défendre d'une émotion pénible quand on voit que près du tiers des enfants qui naissent à Paris (20,000 sur 60,000) sont confiés à des nourrices mercenaires (2,000 environ dans le département de la Seine et 18,000 hors du département). C'est donc 20,000 mères qui ont renoncé au plus grand et au plus beau des devoirs de la maternité, à l'allaitement ; c'est la vie de 20,000 petits parisiens auxquels il faut ajouter 20,000 petits provinciaux, jouée à *pile ou face* par de tendres mères qui, suivant l'expression de Castelnau, s'*évanouissent à la comédie devant une scène pathétique, mais qui envoient gaiement leur enfant à la mort !*

Il serait donc grand temps de revenir à la loi naturelle qui veut que chaque mère, *quand cela n'est pas impossible*, allaite son enfant. Il faut donc prêcher partout, en chaire, à la tribune, dans la presse, en faveur de l'*allaitement maternel.* Réduire l'industrie nourricière au minimum, tel est le but que doivent poursuivre les philanthropes, les médecins et tous ceux qui ont quelque action sur les mœurs et les modes contemporaines.

Les médecins honnêtes et droits peuvent, par leurs conseils, rendre de grands services à la cause que nous défendons. Qu'ils disent à ces mères faibles, j'allais dire coupables, que l'allaitement est pour elles un bien plutôt qu'un mal, qu'il n'est pas si fatigant qu'on le dit *lorsqu'il est bien réglé*, qu'il est même salutaire et constitue un précieux dérivatif aux engorgements du sein, de la matrice, aux névroses, etc., etc.

Les lois répressives ne peuvent rien contre ces habitudes sociales ; une pression morale, un grand mouvement d'opinion pourrait sans doute beaucoup en faveur de ce retour à l'allaitement maternel dont l'abandon est une cause et une preuve de décadence nationale.

Mais si la loi est impuissante à réformer les mœurs, elle a le droit et le devoir de protéger les enfants confiés à des nourrices ou à des gardes mercenaires. Le moment est donc venu d'étudier l'application de la loi qui porte le nom d'un bienfaiteur de l'humanité, le Dr Roussel; cette loi de protection de l'enfance a été votée par l'Assemblée nationale le 23 décembre 1874; en voici les principales dispositions :

Les enfants de moins de deux ans placés en nourrice, en sevrage ou en garde, hors du domicile des parents, sont sous la surveillance des préfets assistés d'un comité de huit membres. Les préfets nomment des médecins inspecteurs. Toute personne ayant un nourrisson moyennant salaire est soumise à la surveillance. Une femme ne peut se placer nourrice sur lieu à moins que son enfant n'ait 7 mois révolus ou qu'il ne soit allaité par une autre femme.

Comme on le voit et comme le reconnaît explicitement la circulaire ministérielle du 19 juillet 1884, l'*inspection médicale constitue l'œuvre essentielle et directe de la protection du premier âge.* Partout où cette protection médicale et la surveillance administrative prescrites par la loi Roussel ont été exécutées, la mortalité est tombée de 40, 60 et même 90 p. 100 qu'elle était il y a 20 ans, à 12. 10 et même 8 p. 100 ; et cependant dans 9 départements la loi Roussel est lettre morte et dans 28 départements l'inspection médicale n'est pas organisée (Lunier) (1). D'après cet auteur, l'application générale de la loi nous conservait 80,000 enfants par an.

Le 28 décembre 1884, M. H. Monod, préfet du Calvados, donnait les résultats statistiques suivants: En 1882, 3,367 enfants ayant profité de la loi de protection, la proportion des décès était de 5 1/2 p. 100. En 1883, le nombre des enfants protégés a été de 3,242, et la mortalité 6 1/10 p. 100. Un tableau adressé à M. Roussel par M. l'inspecteur Henri Lefort, montre bien la différence qui existe entre la mortalité de 0 à 1 an et celle de 1 à 2 ans :

ANNÉE.	Nombre des enfants protégés.	Taux de la mortalité de 0 à 1 an.	Taux de la mortalité de 1 à 2 ans.	Mortalité générale de 0 à 2 ans.
—	—	—	—	—
1880.	1,985	15,55 p. 100	2,34 p. 100	7,20 p. 100
1881.	2,669	10,22 —	0,84 —	5,80 —
1882.	3,367	10,72 —	0,57 —	5,49 —
1883.	3,285	12,02 —	0,90 —	6,30 —

Ce tableau montre d'une façon saisissante que ce sont surtout les enfants de 0 à 1 an qui bénéficieraient de la protection et qu'on doit s'appliquer par conséquent à étendre à tous les départements cette protection des nourrissons plutôt qu'à y comprendre les enfants âgés de plus de deux ans.

En d'autres termes, nous croyons que si l'on veut réviser la loi Roussel, on risquerait d'en affaiblir les effets en augmentant outre mesure le nombre des enfants à protéger, sans tenir compte de leur âge. Ce qui est urgent, c'est de contraindre tous les conseils généraux à voter les fonds nécessaires pour assurer l'application de la loi. L'exemple du département du Calvados est là pour leur dire tout le bien qu'ils peuvent et qu'ils doivent faire. En 1860, sur les enfants assistés de moins d'un an dans le Calvados, la mortalité était de 78 p. 100; en 1864 et 1866, sur les enfants

(1) *Acad. de méd.*, 3 février 1885.

élevés au biberon, la mortalité était de plus de 30 p. 100, sans compter tous les rachitiques et tous les scrofuleux engendrés par ce mode d'allaitement. Aujourd'hui le taux de la mortalité de ces mêmes enfants de 0 à 1 an est tombé au chiffre moyen de 11 p. 100, et nous croyons fermement que ce chiffre peut être réduit par une application plus rigoureuse de la loi.

Dans le département de la Seine, l'exécution de la loi Roussel a donné les résultats suivants en 1883 : mortalité 9,30 pour 100; il y a eu une diminution de 0,42 pour 100 sur l'année précédente et le taux se rapproche de celui de 1881 qui a été l'année la plus favorisée. M. le préfet de police, dans son récent rapport, soumet au ministre quelques vœux qui devraient être pris en considération : extension de la surveillance aux enfants élevés sans salaire; interdiction du double allaitement; *interdiction de l'élevage au biberon pendant les grandes chaleurs.*

L'interdiction du biberon pendant les chaleurs devrait être réalisée depuis longtemps ; on pourrait même aller plus loin et proscrire complètement et définitivement le biberon. Nous connaissons un médecin inspecteur dans le XIXe arrondissement qui n'a obtenu de bons résultats qu'en faisant au biberon une guerre sans merci. Toutes ces questions devront se présenter devant la Commission nommée par l'Académie sur la proposition de M. Roussel (1).

Pour que la loi Roussel puisse donner tous les résultats que nous sommes en droit de lui demander, il faut que les médecins chargés d'en surveiller l'application soient eux-mêmes bien fixés sur la valeur comparative des différents modes d'allaitement. Il y a grand intérêt aussi que tous les autres médecins qui n'ont aucune surveillance officielle à exercer puissent, dans leur clientèle, donner des conseils utiles et concourir ainsi à l'œuvre de la protection de l'enfance.

Or rien n'est moins fixé que l'hygiène de la première enfance; prenons, par exemple, la grande question de l'allaitement; on peut l'envisager à deux points de vue: 1° en principe, tout le monde est d'accord pour proclamer la supériorité de l'allaitement maternel, pour déplorer les conséquences fâcheuses de l'allaitement artificiel, du sevrage et de l'alimentation prématurés, etc. — 2° En pratique, les plus grandes divergences règnent parmi les médecins: Depaul, et avec lui un grand nombre de médecins sont disposés à multiplier les contre-indications à l'allaitement maternel, au lieu d'opposer une résistance énergique à la lâcheté des mères riches qui ne veulent pas allaiter leurs enfants. Trousseau voulait qu'on fit manger les nourrissons à partir de l'âge de 4 mois ; MM. Tarnier et Chantreuil disent qu'on peut commencer vers 5 à 6 mois; M. J. Simon conseille la biscotte de Bruxelles à partir de 6 mois. Parrot était pour le lait de vache donné pur dans les cas d'allaitement artificiel; M. Tarnier est pour les coupages très étendus. M. J. Simon dit que le biberon est le meilleur appareil pour l'allaitement artificiel; d'autres condamnent l'usage de cet instrument. Que doit penser la masse des praticiens, des sages-femmes et de tous les conseillers habituels des mères peu fortunées ?

Nous faisons appel à l'Académie comme à une cour souveraine qui a *charge d'âmes* et qui a mission de fixer la jurisprudence médicale sur ce point capital d'hygiène infantile. Les règles de l'allaitement ne peuvent être inscrites dans la loi ; elles doivent être posées et propagées par l'Académie de médecine (1). Ne serait-il pas possible qu'une commission compétente comme est celle de l'*hygiène de l'enfance* ne mît encore une fois à l'étude la question de l'allaitement et ne présentât aux suffrages de la Compagnie des conclusions pratiques pour lesquelles nous demandons d'avance une publicité sans bornes ? En attendant que l'Académie ait pris cette initiative, il faut que tous les médecins convaincus luttent de toutes leurs forces contre l'alimentation vicieuse des nouveau-nés. Une propagande efficace peut être faite dans les hôpitaux, dans les crèches, dans les dispensaires, dans les familles, etc. En faisant une guerre systématique à l'allaitement artificiel et au biberon, en proscrivant l'alimentation prématurée dans tous les cas, etc., on contribuera dans une large mesure à abaisser le taux de la mortalité infantile, et on prêtera à la loi Roussel un concours des plus précieux.

Disons, pour terminer, quelques mots de la syphilis : après avoir essayé de fixer la part de cette maladie dans la mortalité infantile, M. Fournier a reculé devant la question de la prophylaxie et s'est contenté d'émettre quelque doléances ; nous imiterons sa réserve prudente et nous conseillerons comme lui : un traitement méthodique et suffisamment prolongé, la prohibition des unions prématurées dans la syphilis, la prophylaxie générale de la syphilis. A ce dernier point de vue, M. Fournier fait ressortir combien sont défectueuses, insuffisantes, illusoires les mesures prises par l'Administration (2).

Conclusions. — Il est parfaitement démontré que la population française augmente insensiblement alors que nos voisins Anglais et Allemands se multiplient dans des proportions inquiétantes.

Ce ralentissement, momentané sans doute, dans le mouvement de notre population, tient pour une large part à la diminution de la *natalité*, et pour une part moindre à l'augmentation de la *mortalité*.

On peut discuter sur les mesures propres à relever la natalité française qui tend de jour en jour à se restreindre : mais tout le monde est d'accord pour deman-

(1) *Acad. de méd.*, 10 mars 1885 ; font partie de cette commission, MM. Roussel, Roger, Guéniot, Rochard, Lunier, Lagneau.

(1) Nous trouvons dans un récent *Bulletin de l'Académie de médecine* des instructions concernant l'allaitement. Ces instructions pourraient être simplifiées ; plusieurs d'entre elles sont très discutables.

(2) Reste la question de l'allaitement des enfants syphilitiques qui, il est vrai, n'a qu'une importance secondaire dans la mortalité infantile. Voici le résultat des expériences faites sous la direction du professeur Parrot : en 7 mois, du 27 juin 1881 au 24 janvier 1882, 101 syphilitiques ont été allaités à la nourricerie : 6 ont pris du lait de vache au *biberon* ; un seul exceptionnellement fort a pu être envoyé à la campagne guéri, 5 sont morts, soit 83,33 pour 100 de mortalité. 52 ont teté les chèvres, 9 ont guéri, 43 sont morts, soit 82,69 p. 100 de mortalité. 43 ont pris le pis de l'ânesse ; 30 ont guéri, 13 sont morts, soit 30,22 p. 100 de mortalité (*Progrès médical*, 1883, p. 67).

der des remèdes énergiques contre la mortalité excessive des enfants en bas âge.

Si nous prenons la moyenne des évaluations produites à la tribune de l'Académie de médecine, la France perd annuellement 100,000 enfants qu'elle pourrait conserver.

Laissant de côté les causes accessoires et secondaires qui influent sur cette mortalité, négligeant aussi les causes qui échappent à nos moyens d'action, nous pouvons admettre que l'alimentation vicieuse des jeunes enfants (de 0 à un an) est la cause principale de la mortalité qui les frappe.

Si la misère, si l'industrie des nourrices, si l'allaitement artificiel font tant de victimes parmi les nouveau-nés, c'est en violant les lois de l'hygiène alimentaire infantile.

Dans cette lutte pour la vie, il y a des tués, nous venons de les évaluer à 100.000 ; mais il y a aussi des blessés (rachitiques, scrofuleux, etc.), plus nombreux encore.

Tel est le bilan de nos pertes ; le mal est grand ; y a-t-il des remèdes ? Assurer aux nourrissons l'alimention qui convient à leur âge, tout est là. Deux actions parallèles doivent être engagées dans ce but :

1° Etendre à tous les départements français l'application rigoureuse de la loi Roussel ; reviser et compléter cette loi dans un sens de *concentration* de ses effets plutôt que de *diffusion* imprudente. Je m'explique ; loin de vouloir comprendre dans la loi protectrice les enfants âgés de plus de deux ans, nous inclinerions à abaisser d'un an la limite d'âge des enfants protégés. Enfin, il faudrait chercher à rendre la loi un peu moins *paperassière*, amélioration difficile à obtenir en France.

2° Faire une propagande sans bornes en faveur de l'allaitement maternel à tous les degrés de l'échelle sociale, combattre à outrance les pratiques désastreuses de l'allaitement artificiel, poser les règles de cet allaitement pour les cas où il devient inévitable, proscrire le biberon à long tube, signaler les dangers du sevrage et de l'alimentation prématurés.

Telles sont les deux grandes indications que nous devons remplir si nous prétendons à diminuer réellement la mortalité infantile.

Pour mener à bien ce grand œuvre digne de la sollicitude de tous ceux qui s'intéressent à l'avenir de notre race, les efforts des individus, des sociétés charitables, des académies ne suffisent pas. Il faut que l'Etat, les départements, les communes, assurent à la protection de l'enfance le plus large concours.

En 1874, l'Assemblée nationale votait la loi Roussel ; cette loi a fait ses preuves ; elle peut être le point de départ d'une grande réforme : l'occasion de faire le bien se présente, le Parlement français de 1885 ne la laissera pas échapper.

J. Comby.

Ouverture du cours de M. Legrand du Saulle.

M. Legrand du Saulle a repris, dimanche dernier, son cours sur les maladies mentales, à la Salpêtrière. Ce cours complète heureusement l'enseignement neuropathologique qui se donne dans cet hospice. Le professeur s'occupe en effet particulièrement des applications médico-légales ; aussi est-il suivi à la fois par un grand nombre de médecins et d'avocats ou magistrats. M. Legrand du Saulle a traité dans une première leçon de l'agoraphobie, et il a montré un malade présentant une forme intéressante de ce trouble mental. Dans les leçons suivantes, qui se feront à neuf heures et demie, il traitera de la paralysie générale, de l'épilepsie, de l'hérédité et des formes héréditaires de la folie, en illustrant les descriptions par la présentation de malades autant que les circonstances le permettront.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 11 avril 1885. — Présidence de M. Hanot.

M. Rabuteau continue l'exposé de ses recherches sur les *iodures et les oxydes d'ammonium quaternaires*. Les deux nouveaux corps qu'il a découverts cristallisent difficilement, se dissolvent dans l'eau en abaissant beaucoup la température de ce liquide, et sont très toxiques.

M. Brown-Séquard fait l'exposé de faits contraires à la théorie actuelle qui veut que la rigidité musculaire soit due à la coagulation de la myosine. Il dit d'abord que cette rigidité peut subir des alternatives presque quotidiennes, rétrograder et s'accentuer à nouveau. Ainsi, chez un chien mort depuis dix-neuf jours, après avoir détruit cette rigidité par des mouvements forcés du membre, il l'a vue se rétablir aussi forte qu'auparavant.

M. Ch. Féré fait une communication ayant pour titre : *Contribution à la physiologie des mouvements volontaires.* — M. Féré montre que, dans les races inférieures, l'énergie de la contraction musculaire mesurée au dynamomètre est moindre que chez les Européens. D'autre part la force dynamométrique est moindre chez les ouvriers qui se livrent exclusivement à des travaux manuels, que chez les ouvriers d'art, chez lesquels le travail intellectuel prend une certaine part ; enfin, cette force est plus grande encore chez les individus adonnés exclusivement aux travaux intellectuels. L'énergie du mouvement volontaire paraît donc en rapport avec l'excitation habituelle des fonctions psychiques. C'est un fait d'observation vulgaire que, sous l'influence d'excitations morbides diverses l'énergie des mouvements volontaires augmente, mais cette augmentation n'a guère été pesée ; pourtant il est avéré que, lorsque les expériences dynamométriques sont faites en public, elles donnent une déviation plus importante. Cette déviation peut être encore augmentée par la présence de sujets de l'autre sexe, mais l'influence de l'excitation psychique sur l'énergie des efforts momentanés peut être mise en lumière par des faits plus précis. M. Féré montre que, sous l'influence du travail intellectuel, l'énergie de l'effort momentané augmente dans des proportions relativement considérables. Cette influence de l'excitation psychique est momentanée, elle est plus considérable si la manifestation psychique s'accompagne des manifestations motrices de la parole, de l'écriture. En effet, l'exercice des fonctions psychiques n'est pas le seul qui puisse augmenter l'énergie momentanée de la force dynamométrique ; c'est ainsi que l'exercice des membres inférieurs augmente l'énergie de la pression de la main. Un fait important à signaler, c'est que les mouvements passifs déterminent la même excitation que les mouvements impassifs. Ainsi, si avant de faire l'expérience de la pression, on fait un certain nombre de mouvements de flexion à vide, ou si ces mêmes mouvements sont provoqués par une autre personne, la déviation est exagérée. Ce rôle des mouvements passifs peut s'expliquer ainsi qu'il suit : l'histoire des épidémies convulsives montre que certains sujets éprouvent la nécessité, lorsqu'ils voient un mouvement répété devant eux, de reproduire ce même mouvement ; or, si devant un sujet de ce genre, on pratique des mouvements de flexion de la main, au bout de quelques minutes, il déclare qu'il a la sensation qu'il fait le

mouvement bien qu'il soit en réalité resté immobile ; mais bientôt après en effet le mouvement se fait irrésistible. Si au lieu de laisser l'expérience se continuer jusqu'au bout, on l'interrompt au moment où le sujet a la sensation du mouvement qui va se faire, on constate que la force dynamométrique a doublé. Cette expérience est propre à montrer que l'énergie du mouvement est en rapport avec l'intensité de la représentation mentale du même mouvement. Le mouvement passif augmente l'énergie de l'effort parce qu'il réveille avec intensité l'image du mouvement. Les mouvements passifs coordonnés peuvent avoir leur utilité dans les impotences fonctionnelles, qui ont résisté à l'électrisation localisée ou aux manœuvres locales du massage. Bien que la rééducation des muscles ait été faite isolément par leur excitation périphérique, l'impotence peut persister parce que le centre psychique n'a pas été rééduqué au point de vue des mouvements coordonnés qui ne peuvent être restitués que par des mouvements passifs appropriés. M. Féré s'applique à montrer l'action centrale des excitations périphériques qui exagèrent l'énergie du mouvement. Si l'exercice des fonctions intellectuelles augmente l'intensité des fonctions motrices, on peut citer un certain nombre de faits qui établissent que les fonctions intellectuelles sont exaltées par l'exercice des fonctions motrices. Ces notions sont importantes au point de vue de l'hygiène et de la pédagogie; elles indiquent en effet la nécessité de mettre en action le plus grand nombre d'organes possible dans l'intérêt du développement de l'ensemble ou même de tel organe en particulier.

M. Lépine se croit en droit de conclure des expériences qu'il a instituées à cet effet, que, dans la pathogénie de l'*ictère cardiaque* l'augmentation de volume du foie ne joue pas toujours le rôle capital, mais qu'il faut attribuer un rôle considérable aux contractions spasmodiques des vaisseaux biliaires, contractions que l'auteur a nettement constatées. Aussi, l'ictère spasmodique doit-il, malgré les tendances actuelles, être plus que jamais admis.

M. Laborde a également constaté le spasme des conduits biliaires chez le chien, et admet également la théorie adoptée par M. Lépine.

M. Brown-Séquard croit que le spasme des conduits biliaires n'est pas applicable à tous les cas et que, de même que pour le rein, il doit exister des ictères par dilatation des conduits sous l'influence de l'inhibition d'origine nerveuse.

M. Dubois remet une note sur la *phosphorescence des poissons*.

M. Duclaux est élu membre de la Société.

Gilles de la Tourette.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 14 avril 1885. — Présidence de M. Bergeron.

M. Leudet (de Rouen) fait une communication sur la *tuberculose pulmonaire dans les familles*. La transmission héréditaire est plus fréquente dans la ligne maternelle, — la tuberculose héréditaire se manifeste à un âge moins avancé que la tuberculose acquise. La transmission héréditaire de la phtisie existe dans plus de la moitié des cas; l'hérédité tuberculeuse directe des père et mère aux enfants a été constatée dans 82 familles sur 132. L'hérédité tuberculeuse des deux ascendants augmente les chances de transmission chez le descendant; il en est de même si un des ascendants tuberculeux est uni à une personne issue d'une famille tuberculeuse. La tuberculose pulmonaire constitue quelquefois une sélection morbide qui frappe de mort les familles dégénérées. L'alliance d'un conjoint sain ou issu d'une famille saine avec une personne tuberculeuse elle-même, ou issue de tuberculeux, même pendant plusieurs générations, diminue les chances de tuberculose chez le descendant, mais ne l'éteint pas. La contagion de la tuberculose n'est pas la règle. La contagion maritale n'est pas la règle. La rapidité ou la lenteur de la tuberculose n'a aucun rapport avec l'hérédité. La tuberculose peut guérir à toutes les périodes. Ce sont les tubercules crus ou ramollis peu étendus qui guérissent le plus souvent.

M. Constantin Paul lit un *rapport* sur le concours du *prix Desportes* pour l'année 1884.

L'Académie se constitue en *comité secret* pour entendre la lecture du *rapport* de M. Empis sur les titres des candidats à une place de *membre associé national*. La Commission présente : en 1re ligne, M. Desgranges (de Lyon); en 2e ligne, M. Denucé (de Bordeaux) ; en 3e ligne, M. Tholozan (de Téhéran).

A. Josias.

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE.

Séance du 9 avril (matin). — Présidence de M. Rochard.

M. A. Guérin démontre que parmi tous les pansements employés dans la chirurgie en campagne, aucun n'est plus favorable que le sien pour le deplacement et le transport des blessés. Il expose l'origine de sa doctrine qui n'est ni celle de Lister. ni celle de Pasteur ; cette doctrine peut se résumer en ces quelques mots : *Les microbes de l'air en pénétrant dans les veines engendrent la pyohémie ; en pénétrant dans les vaisseaux lymphatiques ils donnent naissance à l'érysipèle.*

Le pansement ouaté qui filtre ces microbes n'est que le corollaire de sa doctrine. A ce premier avantage de la purification de l'air par le filtrage, son pansement joint celui d'une immobilisation complète ; si l'on y ajoute la compression élastique, on comprendra facilement de quelle utilité sera un pareil pansement lorsqu'il s'agira de transporter des blessés à des distances plus ou moins grandes.

M. Bousquet admet que le pansement ouaté de M. Guérin est le meilleur pour le transport des blessés ; mais le volume et le poids de l'ouate qui nécessite des moyens de transport nombreux, les rendent inapplicables en campagne. Il faut donc de toute nécessité avoir recours au pansement de Lister, à ses dérivés. De plus il faut, dans la chirurgie de l'armée, avoir un pansement simple, peu coûteux et antiseptique. Ces conditions lui semblent remplies par des pansements ayant pour base soit l'acide phénique, soit le chlorure de zinc, soit le sublimé. Enfin il aborde la question depuis si longtemps étudiée et si controversée de la cartouche de pansement que chaque homme porterait avec lui. Il s'en montre absolument partisan et il demande que des expériences à cet égard soient faites sur nos colonnes expéditionnaires.

M. Arragon lit une note *sur le pansement à la valériane dans la chirurgie de l'armée.*

M. Audet envisage la question des pansements en campagne dans les diverses conditions où chirurgiens et blessés se trouvent placés pendant le combat et après la bataille. La cartouche à pansement lui paraît inapplicable sur le champ de bataille ; tout ce que l'on peut faire dans la zone du feu est de transporter le blessé à l'ambulance divisionnaire où il devra recevoir les soins véritablement efficaces et où devra s'exercer la chirurgie la plus rigoureusement antiseptique. Celle-ci peut se faire de deux façons : par l'emploi d'un médicament antiseptique ou bien par l'occlusion pratiquée au moyen de l'ouate selon les règles et les préceptes donnés par M. Guérin. Ce pansement permanent permet une immobilisation douce et un transport à longue distance sans nécessiter aucune intervention chirurgicale.

M. Bédoin vient proposer un nouveau pansement antiseptique fait au moyen de papier à filtrer préparé soit à l'acide phénique, soit à l'acide borique ou au sublimé. Il présente un paquet de pansements facilement portatif et dont il demande que chaque soldat soit muni.

M. Delorme est opposé à l'emploi de la cartouche à pansement qui est inutile et constituerait pour le budget une dépense considérable. C'est à l'ambulance que les blessés doivent être traités et suivant leur état être conservés ou transportés dans les hôpitaux d'armée. Pour le plus grand nombre des blessures des parties molles, M. Delorme est partisan de l'iodoforme qui, combiné avec le pansement ouaté, permet un transport facile des malades jusque sur les hôpitaux sédentaires où là les procédés antiseptiques ne demandent rien de spécial. C'est en définitive au pansement ouaté qu'il donne la préférence.

M. Chauvel ne trouve pas le pansement ouaté praticable en

campagne à cause de sa difficulté d'application, de la longueur du temps nécessaire à sa confection et du grand déploiement de forces qu'il nécessite pour posséder les qualités antiseptiques et contentives. Sur le champ de bataille, ce qu'il faut, c'est un pansement sec qui devrait, par conséquent, être préparé à l'avance. Dans les ambulances de seconde ligne, il est indifférent que l'on ait des pansements secs ou des pansements humides ordinaires. Il émet le vœu que chaque soldat soit muni d'un paquet ou d'une cartouche de pansement : il croit cette mesure nécessaire au point de vue du moral du soldat comme au point de vue militaire.

Séance du 9 avril (soir).— PRÉSIDENCE DE M. le baron LARREY.

M. RECLUS, en son nom et au nom de M. Verneuil, fait une communication sur la *valeur comparée de l'anus lombaire et de l'anus iliaque.* — Après avoir passé en revue les arguments invoqués par les partisans de chacune des deux méthodes et soumis à une saine critique les différentes observations sur lesquelles les chirurgiens se sont basés pour établir les préférences, M. Reclus conclut en faveur de l'anus iliaque, parce que, dit-il, c'est une opération moins grave, d'une exécution plus facile, puisque l'intestin se présente de lui-même à l'opérateur et parce qu'enfin cet anus iliaque est placé sous les yeux et la main de l'opéré qui pourra se livrer plus commodément aux soins de propreté nécessités par cette infirmité.

M. FOLET (de Lille) lit un travail sur la *colotomie lombaire et la colotomie dans le traitement des ulcérations dysentériques du gros intestin.*

M. POLLOSON (de Lyon) lit une *observation d'anus iliaque avec oblitération du bout inférieur dans un cas de cancer du rectum.*— Le bout supérieur de l'intestin étant fixé à l'un des angles de la plaie et donnant écoulement aux matières intestinales, l'oblitération du bout inférieur ne constituerait qu'une méthode préliminaire que l'on devrait faire suivre de l'extirpation du rectum.

M. VERNEUIL fait remarquer que par cette méthode on abandonnerait dans la cavité abdominale un bout inférieur qui souvent contient une grande quantité de matières fécales, et qu'on aggraverait ainsi le pronostic ; aussi est-il opposé à ce mode de traitement.

M. TRÉLAT, à propos de la colotomie, ne reprendra pas les arguments qu'il a déjà fait valoir tant de fois en faveur de la colotomie lombaire ; et se bornera à signaler que la colotomie lombaire, avec laquelle il a obtenu bon nombre de succès, est la première en date et que si aujourd'hui la colotomie iliaque peut se montrer comme méthode supérieure, il n'en est pas moins vrai qu'elle ne s'est établie que sous le couvert et les auspices de la colotomie lombaire. L'anus iliaque n'est qu'une méthode de perfectionnement consécutif, si tant est qu'il y ait réellement perfection.

M. KIRMISSON ayant reconnu que la cause du rétrécissement consécutif de l'anus iliaque résidait dans l'aponévrose du grand oblique, propose de faire sur cette aponévrose un petit débridement ou une incision en T.

M. BŒCKEL donne lecture d'un mémoire sur la *résection de la hanche dans la coxalgie, ses indications et ses résultats ultérieurs*, mémoire basé sur l'analyse de vingt faits personnels. M. Bœckel ne comprend sous le nom de coxalgie que les arthrites tuberculeuses et il arrive aux conclusions suivantes : Une coxalgie suppurée chez un jeune sujet ne guérit que lorsque la tête est luxée ou détruite ; l'opération de la résection n'est pas dangereuse par elle-même, mais par l'état général qui la motive ou la complique. La tuberculisation pulmonaire ou méningée cause la plupart des décès parmi les réséqués, comme aussi chez les coxalgiques. Plus la résection est hâtive, et moins elle est étendue, plus aussi la guérison est rapide et parfaite. L'arrêt de développement est faible dans ces cas favorables. Il est considérable après les résections tardives, ainsi que dans les coxalgies suppurées qui ont mis des années à guérir. Quand une coxalgie est suppurée, la résection est la méthode la plus sûre d'en finir vite et bien. Les contre-indications à la résection sont fournies par une tuberculisation prononcée d'un organe interne. L'albuminurie étant susceptible de guérir après la résection, n'est pas une contre-indication absolue.

M. OLLIER a été pendant longtemps opposé à la résection ; aujourd'hui il s'est rallié à cette méthode à condition que l'on distingue les cas de tuberculose articulaire vraie et de tuberculose fausse ou infectieuse. L'inoculation négative dans tous les cas d'ostéites infectieuses, permettra seule de poser le diagnostic et d'affirmer la moindre gravité de l'intervention. Il faut aussi distinguer les coxalgies acétabulaires de celles qui débutent par la tête fémorale, les premières étant toujours plus graves. M. Ollier n'admet pas le principe qui consiste à pratiquer la résection dès qu'il y a du pus dans l'articulation ; il commence par drainer la cavité de l'abcès, à moins qu'on ne soit en présence d'une ostéite acétabulaire ; dans ce cas, la résection s'impose dès le début. Dans les autres formes de coxalgie, il donne la préférence au drainage et à l'orthopédie, ne réservant la résection que pour les cas désespérés ; il en fait une *méthode de nécessité.* Il est également partisan de l'ankylose de la hanche après résection ; c'est aussi le résultat qu'on obtient avec le drainage; les mouvements, dit-il, sont un trompe-l'œil ; car il y a, après résection, ascension graduelle du fémur, qui est suspendu et tend plus tard à se luxer. Chez l'enfant, c'est une opération peu grave et qui donne d'excellents résultats; il n'en est pas de même chez l'adulte où les statistiques montrent une mortalité de 100 0/0.

M. LERICHE lit un travail sur l'*emploi de l'aspiration dans les coxalgies suppurées.*

M. TRÉLAT fait quelques observations, non pas sur le côté opératoire, mais sur le côté pathologique qui conduit à la thérapeutique de l'affection; car, à côté des cas décrits de coxalgie suppurée, il existe aussi des pseudo-coxalgies, celles-ci s'annoncent par de la douleur au niveau de l'articulation, et au bout de quelques mois, on voit apparaître un gros abcès: cet abcès est ouvert, gratté, et alors, ou bien cet abcès est circonscrit et la guérison arrive rapidement, ou bien après le premier curage de la cavité, on tombe sur des diverticules ou des boyaux qui conduisent sur l'articulation ; dans certains cas, l'instrument permet de sentir une dénudation osseuse ; dans d'autres cas, au contraire, il est impossible de se rendre compte s'il existe une lésion tuberculeuse du squelette ; on comprend combien dans ce dernier cas il est difficile de se décider à l'intervention.

M. POULLET fait une communication sur l'*anatomie pathologique de la coxalgie.*

M. VERNEUIL n'est point ennemi de la résection, puisqu'il l'a pratiquée sur deux sujets, dont un a guéri ; cependant il réserve cette opération aux cas pour lesquels tous les autres moyens thérapeutiques ont échoué ; il faut du reste, dans l'indication opératoire, tenir compte des différences importantes que le chirurgien rencontre dans la pratique de la ville et la pratique hospitalière.

Les malades traités en ville en effet guérissent presque tous sans opération, et l'on peut dire que la mort par coxalgie suppurée est l'exception chez les gens de cette catégorie.

M. MASSE lit une note sur l'*origine des kystes dermoïdes et la formation de certaines tumeurs par transplantation organique.*

Séance du 10 avril (matin). — *Présidence de M.* KOEBERLÉ.

M. COZIN (de Boulogne) lit un travail *sur le traitement des abcès froids symptomatiques par l'ablation, après solidification.*

L'auteur rappelle que les travaux récents de Friedländer, Koster, Brissaud et Josias, Grancher, Lannelongue, ont profondément modifié la thérapeutique des abcès froids.

Les productions néoplasiques de la paroi des abcès froids ont une grande tendance à gagner de proche en proche les parties voisines ; il faut donc chercher à débarrasser les malades d'une cause de propagation et de généralisation du mal. M. Cozin pratique la décortication conseillée par M. Lannelongue, en usant d'un artifice qui consiste à faire fondre de la paraffine et à l'injecter dans la poche de l'abcès. Pour amener plus rapidement la solidification de la paraffine, M Cozin emploie les pulvérisations d'éther, pratiquées sur l'abcès au moyen de l'appareil de Richardson.

L'abcès étant ainsi rendu solide, offre les plus grandes faci-

lités à la décortication, et la guérison survient rapidement sans crainte de récidive.

M. Bouilly, dans un travail intitulé: *des résultats immédiats et éloignés du traitement des abcès froids*, et basé sur 65 observations, présente les conclusions suivantes: La suppression complète d'un foyer de tuberculose externe, obtenue en temps opportun avec les précautions nécessaires, peut être suivie d'une guérison définitive. Elle peut prévenir une mort rapide en détruisant les foyers de septicémie et de germes tuberculeux qui repullulent sur place ou se greffent à distance. Elle reste impuissante et contre-indiquée (à moins de douleur et d'infection septique), quand les poumons présentent des lésions tuberculeuses ou que les grands viscères sont en état de dégénérescence graisseuse.

M. Houzel (de Boulogne) fait une communication *sur un nouveau mode de drainage employé dans les abcès froids*. Il substitue aux drains ordinaires les siphons tels qu'ils sont employés dans le pansement de la taille hypogastrique. Les deux tubes accolés, entourés d'iodoforme et recouverts d'un pansement de gaze phéniquée, sont mis en communication avec une vessie en caoutchouc contenant un peu d'acide phénique pur ou du chlorure de zinc. On a ainsi deux cavités, celle de l'abcès et celle de la poche en caoutchouc qui se vident l'une dans l'autre, à l'abri du contact de l'air.

M. Trélat partage l'opinion de M. Houzel sur les avantages du siphon drain qu'il a eu l'occasion d'employer dans un cas, avec un dispositif, il est vrai, différent. Quant aux abcès froids, il y a déjà plus de six ans qu'il en pratique l'extirpation. Mais ces abcès sont de deux sortes: consécutifs à une altération osseuse, ou primitifs mais pouvant entraîner par la suite des troubles et des lésions articulaires. Dans ces derniers cas, l'application de la méthode du syphon trouverait de grandes difficultés.

M. Pozzi cite *deux observations d'abcès froids exceptionnellement multiples et guéris par le grattage, la cautérisation, et le pansement à l'iodoforme. Présentation d'une des malades.*

Dans ces deux cas, les malades, âgées, étaient arrivées à un degré de marasme tel que M. Pozzi était hésitant sur l'efficacité de l'intervention. Néanmoins, après l'incision, le grattage et les soins appropriés antiseptiquement, une amélioration rapide s'est manifestée, et à l'heure actuelle les malades présentent un état de santé au delà de toute espérance.

M. J. Bœckel lit un travail sur la *cure des abcès ossifluents volumineux d'origine vertébrale*. Il y a une dizaine d'années, ces abcès étaient considérés comme de véritables *noli me tangere*. Aujourd'hui on ne craint plus d'ouvrir ces vastes collutions qui de l'abdomen s'étendent à la cuisse; mais pour obtenir des succès, il faut pratiquer des incisions étendues et multiples.

C'est surtout ce point que J. Bœckel cherche à mettre en relief. Il pratique une longue incision de 15 cent., parallèlement au ligament de Poupart, puis une seconde dans la direction de la collection crurale, il fait ensuite une contre-ouverture dans la région lombaire. Le foyer est désinfecté au chlorure de zinc, les esquilles enlevées; puis un drainage de la cavité est établi au moyen de tubes en caoutchouc rouge et un pansement de Lister appliqué. Dans sept cas traités de cette façon, M. J. Bœckel a eu sept succès dont cinq définitifs.

M. Verneuil a pratiqué, lui aussi, bon nombre d'extirpations des accès froids; mais il y a renoncé pour remplacer cette méthode par des injections, dans la poche, de solutions éthérées d'iodoforme. Dans deux cas il a pu guérir des malades dont la vie était menacée, dans l'un entre autres, où l'abcès étendu du diaphragme au genou contenait 3 litres 1/2 de pus.

Séance du 10 avril soir. — Présidence de M. Gross.

M. Kœberlé fait une communication *sur le traitement du pédicule dans l'ovariotomie et l'hystérotomie*

A l'heure actuelle, la ligature perdue du pédicule du kyste ovarien doit être la règle. La réduction du pédicule simplifie beaucoup les difficultés et les risques de l'opération. Dans l'ovariotomie comme dans l'hystérotomie, la réduction ne donne pas lieu aux crampes et aux étranglements internes consécutifs. Dans les cas ordinaires, les malades guérissent rapidement et comme par enchantement. La réduction du pédicule peut être opérée après ligature en masse; cette ligature est préférable à la section par thermocautère et donne plus de sécurité. Si la ligature a parfois donné lieu à des suppurations, c'est que les opérateurs s'étaient servis de fils non parfaitement purs. Pour l'ovariotomie, la ligature perdue est le procédé qui donne le plus grand nombre de guérisons; elle doit être serrée de façon à assurer une hémostase parfaite, ce que l'on obtient facilement en se servant de fil de soie de Chine. Dans l'hystérotomie, les ligatures sont faites difficilement à la main, et il faudra se servir d'instruments spéciaux et propres à cet usage.

M. Pozzi. Dans le traitement du pédicule de l'hystérotomie, deux traits dominent : dans l'un, il existe un pédicule creux; dans l'autre, un pédicule extrêmement vasculaire. Dans le premier cas, la mort arrive par septicémie; dans le second, par hémorrhagie secondaire, si toutes les précautions n'ont pas été bien prises. Que faut-il donc faire quand le pédicule est court et peu saignant? on peut, après la ligature, l'abandonner dans la cavité abdominale; quand le pédicule est long et très saignant, le traitement extra-abdominal aura la préférence; enfin, quand le pédicule est très saignant et que l'on ne peut l'amener à l'extérieur, il convient de placer une ligature élastique et d'abandonner le tout dans l'intérieur du ventre. Cette tentative hardie est parfaitement légitimée par les expériences sur les animaux et par les résultats heureux de la clinique. Actuellement, le nombre des malades guéries par cette méthode est considérable. Le péritoine tolère parfaitement le tube élastique; au bout de quelques mois, la malade était guérie, l'élimination du corps étranger se fait sans complication au moyen d'un petit abcès.

M. Terrillon, à propos du traitement du pédicule dans l'ovariotomie, apporte l'appoint des résultats de sa pratique. Il a fait 36 ovariotomies, dont 32 ont guéri après ligature perdue pratiquée au moyen d'un fil double, avec deux anses qui se prennent l'une dans l'autre. Parmi les quatre cas de mort, il n'a pu constater aucun exemple où la ligature ait été le point de départ d'une irritation quelconque. La difficulté est plus grande dans les cas où le kyste est inclus dans le ligament large. Dans ces cas, doit-on faire le drainage de la plaie ou la fermer? C'est un point de pratique qui demanderait à être éclairci.

M. Kœberlé. Si après décortication du kyste faite avec précaution et avec les doigts, l'hémorrhagie du ligament large est considérable, il faut fixer la paroi du ligament large aux bords de la plaie abdominale et placer un drain dans la cavité. Si la tumeur vient de l'ovaire et a pénétré dans l'épaisseur du ligament large, on décortique le kyste et on jette une ligature perdue comme dans le cas de kyste ordinaire.

M. Duménil (de Rouen) lit un travail *sur la colotomie lombaire*, à laquelle il donne la préférence sur l'anus iliaque.

M. P. Segond rapporte l'observation d'une malade atteinte de rétrécissement de l'œsophage, amenant une dysphagie absolue et qu'il a heureusement traitée et guérie. Cette malade, qu'il présente au Congrès de chirurgie, jouit aujourd'hui d'une parfaite santé et s'alimente au moyen de son orifice stomacal. A ce propos, M. Segond trace quelques règles opératoires de gastrotomie et qui peuvent se résumer ainsi : le meilleur point de repère dans la recherche de l'estomac est, comme l'a dit Sédillot, le bord inférieur du foie. Si, par exception, l'estomac ne se présente pas immédiatement, il faut suivre le conseil donné par Farabeuf : « L'index gauche, dit-il, rampant au contact de la face inférieure du lobe hépatique gauche, plonge jusqu'à la colonne vertébrale, où il peut sentir l'aorte; s'il se porte un peu à gauche, en restant toujours dans la profondeur et très haut sous le diaphragme, il rencontre une cravate plus ou moins épaisse, la petite courbure de l'estomac, en dehors de laquelle, avec une pince inoffensive, on peut saisir la face antérieure de l'organe et l'amener au dehors. » Quant à la fixation de l'estomac au bord de la plaie abdominale, quant au moment et à la façon de l'ouvrir, il est bon de se conformer aux règles fournies par M. Verneuil. Les chirurgiens étrangers, il est vrai, et les chirurgiens anglais en particulier, dit M. Segond, préfèrent

à la méthode en un temps, la méthode en deux temps, dite méthode de Howse; mais si l'on prend soin de s'entourer des précautions antiseptiques de rigueur, on ne voit pas l'avantage qu'il peut y avoir à attendre plusieurs jours pour alimenter un malade que l'on opère uniquement parce qu'il meurt de faim.

M. LAGRANGE lit un travail *sur la gastrotomie dans le rétrécissement cancéreux*, travail dans lequel il condamne l'intervention préconisée et pratiquée surtout par les chirurgiens étrangers.

M. ROBIN (de Lyon), présente les photographies de tous ceux auxquels il a pratiqué l'oéoclasie, suivant sa méthode pour des ankyloses du genou.

M. J. BOECKEL lit une note *sur trois observations de cholécystotomie* qu'il a pratiquée depuis plus de deux ans. Il formule en conséquence les conclusions suivantes : La cholécystotomie emprunte sa gravité à la présence ou à l'absence de fistule biliaire. S'il y a fistule et calculs, l'intervention opératoire s'impose ; elle hâte la guérison et est d'une simplicité et d'une bénignité remarquable. Quand il n'y a pas de fistule l'opération est plus grave et ses indications plus difficiles à suivre ; lorsque la présence d'une tumeur biliaire, lorsque la ponction exploratrice aura révélé la présence de calculs, la cholécystotomie faite en temps opportun paraît indiquée : le diagnostic bien établi, l'opération doit être faite de bonne heure, pour parer aux accidents graves qui peuvent être la conséquence de l'abstention.

M. THIRIAR (de Bruxelles) a pratiqué deux fois l'extirpation de la vésicule du fiel et Langenbuch cinq fois, et il l'a considéré pour sa part comme infiniment supérieure à la cholécystotomie qui n'est que curative et non médicale. La cholécystotomie n'enlève pas la cause du mal, la formation des valvules, qui se font dans la vésicule biliaire, dans la majorité des cas ; puisque sur 6,000 cas de lithiase biliaire qu'il a relevés, M. Thiriar n'a pas vu une seule fois la formation des calculs avoir lieu dans les canaux hépatiques. La cholécystectomie fait disparaître la source des calculs et est donc préférable ; elle n'est pas plus grave, quoiqu'un peu plus difficile à pratiquer ; enfin elle n'amène aucun accident capable de troubler la fonction de l'organe hépatique.

M. DEHENNE rapporte plusieurs observations pour servir à l'étude de l'*influence du traumatisme sur la chirurgie oculaire*.

M. CHAMPIONNIÈRE rapporte cinq cas de *cure radicale des hernies*. Il s'attache à démontrer qu'il n'y a aucun procédé applicable uniquement à la cure radicale. Les procédés doivent varier avec chaque cas particulier. Il rejette la suture des piliers et recommande de soutenir la cicatrice à l'aide d'un bandage, pendant un temps plus ou moins long. encore indéterminé.

M. TERRILLON cite une observation de petites tumeurs de l'épididyme, cause de douleurs intolérables pouvant nécessiter dans certains cas la castration. Dans un fait de ce genre M. Terrillon a été contraint d'enlever une légère partie de l'épididyme et l'examen fit reconnaître qu'il s'agissait d'un leiomyôme à fibres lisses. Dans un cas semblable, M. Trélat avait eu recours également à la castration ; de même M. Mérigot qui a publié deux observations de ce genre.

Séance du 11 avril (matin). — PRÉSIDENCE DE M. TILANUS.

M. CHAVASSE fait une communication *sur les traumatismes de l'intestin sans lésions des parois abdominales*. Il pense que la laparotomie doit être pratiquée dans tous les cas de rupture de l'intestin sans lésions des parois abdominales ; l'opération devra être faite hâtivement ; si la plaie est minime, on fera une suture perdue et on refermera l'abdomen en mettant un tube à drainage ; si elle est totale, on pratiquera un anus artificiel. Les contre-indications sont un état de collapsus indiqué par une température de 35°, les lésions de la rate, du pancréas, du foie, des reins.

M. MAUNOURY (de Chartres) traite *des indications opératoires dans les lésions traumatiques des reins*. Il présente une remarquable observation d'un jeune homme de 27 ans dont la région lombaire fut pressée entre deux corps résistants. Après les premiers accidents de stupeur et quelques urines sanglantes le malade reprit ses travaux de laboureur au bout de 15 jours ; mais dès les premiers efforts des douleurs vives se firent sentir du côté du rein blessé. Des urines sanglantes, des caillots de sang furent rendus et une rétention d'urine s'ensuivit qui nécessita un cathétérisme pratiqué sans précautions antiseptiques. Les accidents s'aggravèrent, la fièvre s'alluma, et M. Maunoury fut appelé 15 jours après le début de ces accidents. Il trouva un empâtement considérable de la région lombaire, sans fluctuation, et se décida à pratiquer la néphrectomie, après avoir porté le diagnostic de déchirure du rein et collection périnéale consécutive. Mais le lendemain, au moment d'opérer, la région s'était affaissée et il ne semblait plus y avoir de collection ; une ponction exploratrice montra et vérifia le diagnostic porté la veille, en donnant issue à une véritable quantité de pus. L'incision lombaire fut pratiquée et l'ouverture donna écoulement à un litre de pus mélangé de débris du rein et de fragments sphacelés de cet organe ; un de ces fragments pesait 25 grammes. Les suites furent simples, le malade guérit rapidement et a repris ses travaux sans se douter qu'il lui manquait un rein. A ce sujet, M. Maunoury se livre aux considérations suivantes :

1° La suppuration dans la contusion du rein, bien qu'étant exceptionnelle, est cependant infiniment moins rare qu'on ne le croyait jadis. A quoi est due cette complication ? Dans certains cas il semble qu'on puisse incriminer l'état général; dans d'autres, l'état de l'appareil urinaire ; mais il est à remarquer que la plupart des observations se rapportent à des jeunes gens chez lesquels on ne peut invoquer les deux causes précédentes. Il nous semble qu'il est une autre cause que l'on peut faire intervenir, c'est le cathétérisme. Dans presque tous les cas où il y a eu suppuration, on a pratiqué le cathétérisme; au contraire, dans les cas guéris sans suppuration, le cathétérisme est rare. Chez notre malade, cette cause est extrêmement vraisemblable. Voilà un jeune homme qui, avec un rein complètement broyé, se porte très bien pendant quinze jours. Survient une circonstance qui oblige le malade à pratiquer lui-même le cathétérisme, à coup sûr sans précautions antiseptiques, et quelques jours après la fièvre s'allume. Nous pensons que, sans être absolu sur ce point, il y a là une circonstance dont on doit tenir compte, et jusqu'à nouvel ordre il semblera prudent de prendre toutes les précautions antiseptiques possibles quand on sera forcé de pratiquer le cathétérisme.

2° Si la suppuration est rare, l'intervention dans ces cas est encore plus rare. Cela tient évidemment à la difficulté du diagnostic. Le cas le plus probant à cet égard est celui qui est rapporté par Kade, qui chloroforma à deux reprises son malade, sans pouvoir reconnaître une énorme collection de sang et de pus que l'autopsie vint révéler quelques jours plus tard. Chez notre malade, le diagnostic très clair à notre visite, eût été presque impossible deux jours après. Aussi pensons-nous que dans tous les cas il faudra, avant l'intervention, pratiquer une ponction exploratrice pour confirmer le diagnostic dans les cas évidents, et pour l'établir dans les cas douteux.

3° Nous arrivons au point le plus embarrassant et le plus difficile. A quel moment faut-il intervenir? Dans notre cas nous n'avions pas le choix : quand nous sommes appelé, la suppuration existe, il n'y a plus qu'à inciser le plus rapidement possible. Mais si, au lieu d'attendre que le pus fût formé, on nous eût appelé au moment de l'hématurie, la question eût été plus embarrassante. Le malade bien portant est pris d'une hématurie persistante qui, en 15 jours, le met dans un état de faiblesse tel qu'il ne peut se tenir debout. Si jamais il est indiqué d'opérer au moment de l'hématurie, c'est à coup sûr dans ce cas là. Mais on n'intervient pas, l'hématurie s'arrête et au lieu d'avoir une opération redoutable à pratiquer, nous n'avons plus qu'à guérir un abcès. Ce fait est donc peu favorable à l'intervention au moment de l'hématurie ; et si nous ajoutons que cette opération est très difficile et peut même déterminer une mort immédiate pour peu que l'on tarde un peu à trouver les vaisseaux blessés, nous pourrons conclure que la légitimité d'une pareille opération est encore à démontrer.

4° Nous sommes donc d'avis de n'intervenir que lorsque la

suppuration existe, mais dans ce cas-là que devons-nous faire? Devons-nous pratiquer la néphrectomie? Nous ne pouvons appeler ainsi l'opération que nous avons pratiquée. Si nous lisons les observations analogues, nous voyons que s'il est rare de trouver, comme dans notre cas, des lambeaux de tissu rénal complètement isolés, il est extrêmement fréquent de trouver des fragments qui n'adhèrent que par une bride fibreuse ou par un pont plus ou moins épais de tissu. Ouvrir la collection, aller sentir les fragments qui flottent dans la cavité, enlever ceux qui sont libres, jeter une ligature sur les pédicules de ceux qui sont encore adhérents et les réséquer ensuite, telle nous paraît être l'indication dans les déchirures sous-cutanées du rein.

M. Pozzi partage d'une façon générale l'opinion de M. Chavasse sur l'intervention dans les cas de plaies de l'intestin. Mais quand la plaie est considérable et complète, il faut craindre la suture et établir plutôt un anus artificiel. Ces considérations sont surtout applicables à la vessie et à l'estomac. Pour la vessie notamment, il y a danger de pratiquer une suture trop étendue et l'on ne connaît guère d'autres cas heureux que celui de Julliard. Aussi, M. Pozzi serait-il porté à formuler en principe que dans tous les cas de plaie considérable d'un organe creux de l'abdomen, il est utile de faire passer le malade par une première phase, par une période de *fistulisation* préalable permettant aux accidents primitifs d'être conjurés; par la suite on peut chercher à oblitérer la fistule persistante. Il a mis en pratique ces idées dans un cas de section presque complète de la vessie et a obtenu un résultat absolument satisfaisant.

M. Bouilly insiste surtout *sur l'indication opératoire et son moment*. Certainement le vrai idéal serait d'intervenir avant le développement de la péritonite ; mais cela est impossible puisque c'est cette péritonite qui nous indique qu'il y a eu rupture de l'intestin. C'est elle qui nous met en éveil en nous avertissant qu'il y a quelque chose d'épanché dans le péritoine. Mais le moment du début peut nous fournir des renseignements précieux et c'est ce qui nous donnera des indications sur la nature du viscère blessé. En effet chacun des liquides, matière intestinale, bile, urine, sang, a une façon de réagir sur la séreuse ; il y aura donc des variétés dans le début des accidents, suivant la nature du liquide et cette variété sera pour nous d'un grand secours. Une fois le diagnostic porté, l'intervention devra être rapide et si l'on se trouve en présence d'un intestin complètement sectionné et contusionné on devra, après la résection, s'abstenir de faire une suture complète ; on laissera une petite fistule, qui permettra l'écoulement du liquide en dehors de la cavité abdominale et qu'il sera plus tard facile de combler.

M. Demons conseille de pratiquer pour la laparotomie des incisions étendues qui laissent libre jour à l'opérateur et lui permettent d'examiner attentivement toute la longueur de l'intestin. Les lésions intestinales sont parfois multiples et peuvent échapper en partie à l'opérateur, s'il ne se donne pas un jour suffisant pour explorer à son aise l'intestin en entier. Il pense de plus que, dans les hémorrhagies du rein, on peut agir autrement que par l'intervention opératoire et que des applications de glace sur la région lombaire rendent les plus grands services ; elles lui ont suffi dans deux cas pour arrêter ces accidents hémorrhagiques.

M. Verneuil se rattache à la proposition de M. Pozzi sur l'opération en deux temps : c'est peut-être une chirurgie moins brillante, mais à coup sûr plus profitable au malade.

M. Socin, dans un cas de plaie de la vessie, pratiqua l'incision avant d'attendre la péritonite. Il trouva la vessie rompue à sa face antérieure, il ne fit pas de suture mais établit une fistule et le malade guérit rapidement : il n'est pas du reste partisan de la suture de la vessie. Il pense qu'en général il faut dans les plaies de la vessie être plus actif qu'on ne l'est généralement. Une incision prudente permet de se rendre compte des désordres; on fait ensuite le drainage de l'organe.

M. Monod lit un travail sur la *pathogénie des petits kystes de l'épididyme*. L'auteur cherche à établir que les petits kystes de l'épididyme ne sont pas un reste du corps de Wolf, comme on l'admet généralement ; mais qu'ils sont en relation avec le travail de sclérose dont le testicule est le siège chez les individus âgés de 50 à 60 ans et au delà. Cette sclérose, qui est surtout péricanaliculaire aboutit par place à l'oblitération complète des conduits de l'épididyme, d'où la dilatation variqueuse de ceux-ci en arrière de l'obstacle. La formation de cavité kystique résulte du développement de ces dilatations ampullaires ; ces dilatations kystiques sont : ou très multipliées et disséminées dans toute l'épaisseur de la tête de l'épididyme, ou plus rares et formant de petites tumeurs isolées se laissant plus ou moins aisément détacher du tissu épididymaire sous-jacent ; le processus est analogue à celui des formations kystiques, qui se développent dans le cours des néphrites interstitielles ou dans les parotidites par ligature du conduit excréteur.

Séance du 11 avril (soir). — Présidence de M. Trélat.

Le Congrès de 1885 étant réuni pour la dernière fois, les membres présents procèdent à l'élection des membres du bureau pour le Congrès de 1886, qui se tiendra dans le courant du mois d'octobre de la même année. M. le professeur Ollier est nommé président pour l'année 1886 et M. Verneuil, vice-président. M. le Dr S. Pozzi, à qui une si large part revient dans le succès du Congrès, est confirmé dans ses fonctions de secrétaire général. MM. Coudray, Petit, Picqué, Prengrueber sont maintenus secrétaires pour 1886.

M. Humbert fait une communication *sur la virulence des bubons consécutifs aux chancres simples*. Il a repris les expériences de M. Strauss et est arrivé aux mêmes résultats : à savoir que la virulence du bubon n'existe pas, ou très peu. Cependant la contamination existe ; elle se fait, d'après M. Humbert, soit par les mains des malades, soit par les pièces de pansements.

M. Delorme lit un travail *sur les fractures par projectiles de guerre*. Il divise ces fractures en trois catégories : fractures par contact, fractures par perforation, fractures en gouttières que l'on rencontre dans la diaphyse des os longs.

Les fractures épiphysaires offrent des types très nombreux, ce sont elles qui sont justiciables, en grande partie, des résections et des amputations.

Le diagnostic de l'espèce de fracture par projectiles peut être fait, soit par l'exploration de la balle, soit simplement par les signes fournis à l'exploration des vêtements.

M. Pozzi donne lecture d'un travail *sur l'ostéite déformante*, maladie nouvelle dont il rapporte une observation et qui a été étudiée pour la première fois par Pattget en 1876. Cette affection se montre dans l'âge moyen de la vie et se caractérise par des déformations des os de la jambe, du bras, de la colonne vertébrale, sans qu'il y ait d'altération de la santé générale ; les goutteux y sont plus prédisposés. La déformation des os donne aux malades atteints de cette affection une démarche spéciale due à l'écartement des fémurs et à la courbure de la colonne vertébrale ; ces individus avec leurs jambes écartées et la longueur demesuré de leurs bras ont un aspect simien. Au point de vue anatomique, c'est une affection purement inflammatoire n'ayant pas d'analogie avec l'ostéomalacie. Pattget la considère comme une maladie nouvelle, moderne, sorte d'hybride destinée à disparaître.

M. Rouyer lit une notre sur *l'emploi du nitrate d'argent dans l'érysipèle traumatique*.

M, Brossard. Communication *sur la fracture du cubitus par action indirecte et du radius par tension*.

M. Duret donne lecture d'une observation *d'abouchement anormal du rectum dans le canal de l'urèthre*. M. Duret, dans un cas de ce genre constaté à l'hôpital Sainte-Eugénie, a obtenu un résultat favorable par l'emploi du procédé d'Amussat. Il s'agissait d'une imperforation rectale chez un enfant nouveau-né. Au cours de l'opération, on constata l'écoulement du méconium par l'urèthre. M. Duret introduisit dans ce canal un stylet de trousse, qui lui servit de guide et lui permit d'atteindre facilement l'extrémité de l'intestin. Après l'ouverture de l'intestin, qui donna issue à un flot de méconium, trois points de suture réunirent la muqueuse rectale à la peau de chaque côté ; mais ce temps opératoire présenta quelque difficultés. L'enfant guérit parfaitement et est aujourd'hui en parfait état de santé. M. Duret fait remarquer que dans les cas d'abouchement du rectum avec l'urèthre, l'emploi de la méthode d'Amus-

sat peut être favorable; que la difficulté consiste à attirer la muqueuse rectale au niveau de la peau; mais que dans ces cas la cicatrisation vient en aide au chirurgien, en attirant peu à peu la muqueuse et l'amenant ainsi au niveau de l'orifice cutané.

M. LOEWENBERG fait une communication *sur le traitement de la suppuration mastoïdienne*. Il a presque toujours pu éviter la trépanation en pratiquant de larges ouvertures tympaniques et en introduisant dans les cavités malades un mélange d'alcool absolu et d'acide boriqué.

Le Congrès ayant terminé ses travaux, M. le président sortant, le professeur U. Trélat, lève la séance après avoir remercié tous les membres français et étrangers du concours qu'ils ont apporté à ce premier Congrès français de chirurgie; il les remercie d'avoir fait de cette réunion une source de chaleur scientifique qui, il l'espère, ne s'éteindra pas, et se retrouvera toujours vive au Congrès de 1886. A. DAMALIX.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OTOLOGIE ET DE LARYNGOLOGIE.

Séances des 2, 3 et 4 avril 1885.

M. MENIÈRE croit que l'abolition de l'ouïe, dans la *surdité causée par les oreillons*, est due à une lésion des méninges dont les symptômes passeraient inaperçus car, dans deux cas qu'il a observés, il n'a constaté aucune altération de l'oreille moyenne ou de l'oreille interne; ses malades n'ont présenté que de la surdité; l'un d'eux eut aussi des bourdonnements.

M. MIOT pense que M. Menière a pris une lésion du labyrinthe de l'oreille interne pour une affection des méninges, car habituellement l'on rencontre dans ces cas des symptômes de congestion cérébrale: vertige et étourdissements.

M. GAREL (de Lyon) présente l'observation d'un malade, âgé de 45 ans, qui fut atteint de pneumonie double avec *œdème aigu primitif rétro-laryngien*. Le premier symptôme fut une douleur vive au niveau du larynx, puis survinrent des accès de suffocation dus à un aplatissement transversal de l'épiglotte avec œdème des fossettes rétro-laryngées. Le foyer s'ouvrit dans la nuit, mais la suffocation étant revenue le lendemain, on pratiqua la trachéotomie, et deux heures après le malade succombait. Pour M. Garel, cette affection serait due à une infection par un germe inoculé dans le larynx.

M. MOURA croit que l'inflammation d'une follicule glandulaire expliquerait mieux l'œdème qui se serait produit consécutivement au développement de cette espèce de furoncle.

Dans un cas de dyspnée, M. DELIE (d'Ypres) a constaté que toute la moitié droite du larynx était occupée par une tumeur, que la commissure postérieure était hypertrophiée et ulcérée, et que de plus, la corde vocale droite était paralysée. Après ponction de cette tumeur, de laquelle sortit un liquide sérosanguinolent, il put apercevoir des bourgeons charnus framboisés, qui déterminent une sclérose du canal aérien au niveau de la glotte. Le malade n'a pas été soumis à un traitement général; M. Delie s'est contenté de lui dilater son rétrécissement avec les sondes de Schutter et de lui faire des pulvérisations et des insufflations dans le larynx.

L'auteur attribue ces accidents à une *syphilis tertiaire tardive du larynx*, car son patient était porteur de cicatrices de gommes syphilitiques sur la peau du sternum, des jambes; il présentait en même temps, du côté de la langue, des signes non douteux de la maladie vénérienne.

M. BAYER (de Bruxelles) fait part d'un cas de *kyste osseux inséré sur le cornet moyen gauche* d'une femme de 25 ans. Le traitement consista en ponction de la tumeur au galvanocautère et en injections de chlorure de zinc pour y déterminer de la suppuration. Une tumeur semblable apparut quelques temps après dans l'autre fosse nasale. Un traitement semblable amena de nouveau la guérison.

M. MOURA prétend avec le Dr Hooper (de Boston) que le *muscle thyro-cricoïdien*, appelé à tort crico-thyroïdien, rapproche le cricoïde du thyroïde et lui fait subir un moment la bascule de bas en haut, en avant, et de haut en bas, en arrière, ce qui détermine l'allongement des cordes vocales.

M. MOURA fait savoir qu'il a constaté 14 fois sur 86 cas que le ligament hyo-thyroïdien était de nature musculaire.

M. BARATOUX rapporte une observation de gommes du tympan qu'il a recueillie dans le service de M. Besnier. Il a pu suivre leur marche depuis leur début jusqu'à leur guérison, sans perforation de la membrane. L'auteur ne croit pas qu'on ait signalé jusqu'à ce jour, l'existence des gommes du tympan.

M. SENAC-LAGRANGE (de Cauterets) lit un travail sur les éléments qui font ou compliquent les états laryngiens et sont la plupart du temps dévoilés par les eaux sulfureuses. Dans les observations de l'auteur, les hémoptysies auraient leur origine dans le larynx, mais M. Moure, de Bordeaux, fait remarquer que c'est par exclusion que M. Senac a établi son diagnostic. S'il avait pu faire l'examen laryngoscopique il aurait pu s'assurer que les hémorrhagies du larynx sont très rares. M. Compart en a vérifié l'existence chez un malade atteint d'une angiome des cordes vocales. M. Senac prétend avec M. Gouguenheim que l'aphonie peut exister sans lésions des cordes, mais M. Moure fait observer avec raison qu'une lésion légère ne peut pas produire de l'aphonie; quand elle existe, il y a paralysie d'une corde dans ces cas.

M. GOUGUENHEIM affirme avoir vu de l'aphonie sans trouble quelconque au laryngoscope; les cordes étaient alors en contact; et l'aphonie était produite par tension excessive des rubans vocaux. Mais alors les malades auraient une telle dyspnée, qu'ils succomberaient, réplique M. Moura.

M. GELLÉ combat l'opinion de M. Politzer qui prétend que la valeur tirée par M. Gellé de l'épreuve des pressions centripètes et séméiotique auriculaire n'est pas exacte. M. Gellé agirait en même temps sur le tympan et les fenêtres ovale et ronde, dès lors, il ne serait pas possible de tirer des conclusions de cette épreuve puisqu'on ne sait sur quel orifice on agirait. M. Gellé croit que M. Politzer a confondu une question de pathologie avec une question de physiologie et il indique qu'on peut le prouver en se servant d'une poire à insufflation réunie à l'oreille de l'expérimentateur par un tube en caoutchouc, dans lequel se trouverait un diaphragme en baudruche. En faisant vibrer alternativement un diapason sur le tube et sur la poire, au moment où l'on en comprime l'air, on peut s'assurer de l'erreur de M. Politzer.

M. MOURE signale deux cas d'*aphonie* qui, similaires par leurs manifestations, différeraient cependant totalement. En effet, dans l'un, l'aphonie était simulée par un séminariste qui fut obligé d'avouer sa fraude; dans l'autre, elle était due à une paralysie complète des muscles phonateurs que l'électrisation guérit en quelques jours. C'est grâce au laryngoscope que l'auteur a pu déterminer la différence de ces deux aphonies.

M. MOURE n'est pas de l'avis des auteurs allemands qui prétendent que l'ozène n'est pas curable. Pour lui, le *pronostic de la rhinite* atrophique n'est pas toujours défavorable; en effet, Trousseau a déjà vu des cas de guérison, aussi ne faut-il pas toujours admettre comme cause de l'ozène, l'élargissement anormal de la cavité nasale. L'auteur emploie les lavages abondants, suivis de pulvérisations nasales.

M. DELIE a obtenu de bons résultats par l'usage du coton iodé introduit le soir dans les fosses nasales, et M. Garrigou-Desarènes par l'emploi de l'électrolyse avec vingt milliampères; M. Baratoux croit qu'il est important alors de désigner le nom du fabricant du galvanomètre et le mode d'application des électrodes, car ce chiffre lui paraît bien élevé.

M. BOUCHERON croit, avec M. Lœwenberg, que l'ozène est dû à un microbe spécial que mettent en doute MM. Noquet et Moura. *(A suivre.)* J. BARATOUX.

SOCIÉTÉ MÉDICALE IMPÉRIO-ROYALE DE VIENNE

Séance du 20 février 1885.— PRÉSIDENCE DE M. BILLROTH.

M. le professeur KUNDRAT montre un spécimen d'une rare difformité « un *Cephalopagus parietalis.* » Jusqu'à présent il n'y en a que 12 cas de connus, et le muséum de Vienne n'en possédait pas. Cette difformité avait créé des difficultés à l'accouchement: on dut pratiquer la décollation à l'un des deux enfants, mais les positions respectives

des différentes parties sont rétabliés sur la pièce. Les têtes des deux enfants étaient soudées, mais cette adhésion n'était produite que par la peau et les os crâniens, ces derniers adhérant par des tissus interstitiels. Les cavités crâniennes étaient séparées par un diaphragme formé par la dure-mère et présentant une grande scissure au milieu. Chaque enfant possède un cerveau bien développé, creusé de sillons plutôt plus nombreux que les cerveaux de nouveau-nés ordinaires; mais leur position réciproque n'est pas tout à fait normale à cause de la position particulière des deux crânes. Pas d'autre anomalie. M. Kundrat montre ensuite un *calcul rénal* d'une largeur extraordinaire, trouvé dans le rein droit d'une femme morte de tuberculose pulmonaire. Ce calcul est moulé sur le bassinet fortement dilaté, et sur les calices; dans un des calices inférieurs on a trouvé un calcul jumeau composé de deux segments ovoïdes articulés avec un prolongement du grand calcul.

M. Billroth présente une femme à qui son premier assistant, M. le Dr V. Hæker, a pratiqué l'œsophagotomie. Dans la nuit du 27 au 28 janvier, cette femme avala, en dormant, son dentier, depuis longtemps en mauvais état, et qu'elle avait oublié d'ôter en se couchant. Les médecins de l'endroit tentèrent l'extraction à plusieurs reprises sans succès. Comme il arrive souvent en pareil cas, l'œsophage semble avoir eu à souffrir de ces manœuvres. A son entrée à l'*Allgemeines Krankenhaus*, la malade présente une fétidité de la bouche et un gonflement douloureux du cou, qui font soupçonner une gangrène commençante de l'œsophage. M. Billroth dit que de nos jours on n'a plus peur de l'œsophagotomie,qu'elle peut prévenir un phlegmon; mais il fait remarquer que ces cas, où il y a déjà du phlegmon, donnent lieu à des médiastinites, à des pleurésies, etc., consécutives, et finissent toujours mal. Quoi qu'il n'y eût pas encore de symptômes de ces dernières affections, le succès pourtant était plus aléatoire,que si l'opération eût été pratiquée dès le début. Le Dr V. Hæker fit l'extraction du corps étranger en pratiquant l'œsophagotomie, mais il ne réunit pas la plaie ; il introduisit un tube à drainage dans l'estomac et bourra toute la plaie avec de la gaze iodoformée. Le pansement resta en place pendant huit jours ; la fièvre qui existait auparavant tomba au bout de ce temps ; la plaie présentait déjà des granulations ; le tube à drainage fut retiré et en quinze jours la plaie fut cicatrisée. Au bout de huit jours, l'alimentation par les voies naturelles était déjà possible. Il suffisait pour cela d'une petite manœuvre, consistant à tirer la peau pour rendre la plaie oblique et fermer le trou de manière que les aliments arrivassent directement dans l'estomac. Des bougies furent plusieurs fois introduites, mais il n'y avait pas de stricture. A propos de ce cas, M. Billroth dit que, quoique le traitement antiseptique soit toujours suivi de succès quand on opère sur les tissus sains, la désinfection devient bien illusoire quand les tissus sont déjà infiltrés et que la gaze iodoformée et le tube à drainage sont alors d'une efficacité admirable. Comme pendant à cette démonstration M. Billroth communique un autre cas plus intéressant. Il s'agit d'une jeune fille âgée de 19 ans,ouvrière,qui avait avalé un dentier dans la nuit du 14 au 15 février ; le corps étranger avait pénétré jusqu'au cardia. Des essais d'extraction furent faits sans succès hors de l'hôpital et le 15 février la malade fut admise à la clinique de M. Billroth. Lorsque celui-ci l'examina, le lendemain matin, il ne put trouver trace du corps étranger, les bougies les plus grosses passèrent le cardia sans rencontrer aucun obstacle, il fallait donc qu'il fût arrivé dans l'estomac : les médecins de la clinique assurent avoir senti le corps étranger. Comme il n'était pas probable que le corps étranger eût aussi passé le pylore, et que la région stomacale était sensible à la pression, M. Billroth n'hésita pas à pratiquer la gastrotomie. Il fit des sections là où l'on pratique ordinairement des fistules stomacales à deux travers de doigt, au-dessous du rebord costal gauche. Après avoir sectionné l'estomac, il passa le doigt dans la plaie, mais ne trouva rien : il tira l'estomac au dehors et ne trouva pas davantage, Il n'imaginait pas qu'un corps aussi irrégulier eût passé le pylore, et pourtant il ne pouvait pas soupçonner autre chose que la présence du corps étranger dans l'intestin. Il agrandit la plaie de manière à passer la main entière dans l'abdomen et se mit à explorer les organes abdominaux. M. Billroth fait remarquer en passant tout l'intérêt de cette exploration, qu'il n'avait pas encore eu occasion de pratiquer sur le vivant. Il constata que le foie est très mou « *in vivo* » il était si mou, qu'on le distinguait à peine de l'intestin ; la vésicule biliaire était modérément tendue, les deux reins d'une mobilité extraordinaire, la vessie était élastique, l'utérus et les deux ovaires bien tendus. Cependant le corps étranger n'était pas trouvé, il ne restait qu'un seul point à examiner, la partie postérieure de l'estomac, cette partie qui est située derrière le ligament gastro-splénique, vers la colonne vertébrale, là où l'estomac est difficile à explorer. M. Billroth introduisit l'autre main dans l'estomac, chercha en haut et trouva le corps étranger, dont il fit l'extraction ; puis il réunit l'estomac, le cautérisa et ferma la plaie abdominale. La malade a bien supporté l'opération, elle mange déjà des aliments liquides. M. Billroth ajoute que de telles opérations ont déjà été pratiquées, et qu'il aurait à peine jugé le cas digne d'être relaté à la Société, s'il n'offrait un intérêt particulier; c'est la conviction qu'il a donnée à ce chirurgien qu'il est impossible de tirer entièrement l'estomac hors de la plaie. Il sait maintenant comment on doit pratiquer dans ces cas la recherche du corps étranger ; l'inspection suffit pour s'en rendre compte. Cette partie de l'estomac qui est fixée par le ligament gastro-splénique à la rate, et qui est située en arrière vers la colonne vertébrale, ne peut être attirée au dehors qu'avec de grandes difficultés, sans entraîner la rate, et encore la partie supérieure de l'estomac restera toujours dans l'abdomen. Voilà pourquoi il n'avait pu trouver le corps étranger après l'avoir cherché longtemps. Il faut passer directement la main en arrière pour chercher là ; en attirant l'estomac au dehors, on ne trouvera jamais. (*A suivre.*) Leibowitz.

VARIA

Écoles municipales d'infirmières.

Les cours viennent de reprendre dans les trois Écoles municipales d'infirmiers et d'infirmières : Bicêtre, la Salpêtrière et la Pitié.

A la Pitié les cours se font dans l'ordre suivant : *leçons sur les soins à donner aux femmes en couches et aux enfants nouveau-nés*, professeur M. le Dr Maygrier, accoucheur des hôpitaux, le mardi soir à 8 heures ; — *Cours sur les pansements*, prof. M. le Dr Poirier, prosecteur de la Faculté de médecine, le jeudi soir à 8 heures ; — *Notions de physiologie*, prof. M. le Dr P. Regnard, chef du Laboratoire de physiologie à la Faculté des sciences, le samedi soir à 8 heures.

A la Salpêtrière, les cours ont lieu ainsi qu'il suit : le mardi soir à 8 heures, *cours de petite pharmacie*; prof. M. Yvon, ancien interne en pharmacie des hôpitaux; — Le mercredi soir à 8 heures, *notions de physiologie*, prof. M. le Dr Regnard. Le vendredi soir à 8 heures *cours d'hygiène*,prof. M. le Dr Ch. Féré, médecin suppléant de la Salpêtrière.

Les exercices pratiques ont lieu à la Pitié tous les jours à 3 heures ; — à la Salpêtrière tous les jours à 4 heures. Les dames et les garde-malades de la ville, sont admises gratuitement à suivre les cours et les *exercices* pratiques. A cet effet, elles doivent s'inscrire le matin de 9 à 11 heures aux bureaux de la Direction de la Salpêtrière ou de la Pitié.

Association des médecins de la Seine.

L'Assemblée générale annuelle de l'Association des médecins de la Seine aura lieu le dimanche 19 avril, à deux heures très précises, dans le grand amphithéatre de la Faculté, sous la présidence de M. le professeur Béclard, président. Cette assemblée a pour objet :

1° La lecture du compte rendu de l'année 1884 par M. le Dr Henri Barth, secrétaire-général adjoint ; — 2° L'élection d'un président et de deux vice-présidents. Les candidats proposés aux suffrages de l'assemblée par la commission générale sont : président, M. Béclard ; vice-présidents, MM. Richet et Blanche ; — 3° Le tirage au sort de vingt-deux membres titulaires de la commission

générale et de quarante-quatre suppléants. Les recettes pour l'année 1884 s'élèvent à 52,234 fr. 50. Il a été distribué en secours 30,875 francs. Une somme de 18,463 fr. 35 a été placée en rente 3 0/0. Le tableau suivant donne tous les renseignements nécessaires.

Tableau du mouvement de la caisse pendant l'exercice 1884.

Recettes	
Rentes 3 pour 100 et 4 1/2 pour 100.	27,963 fr. 50
Cotisations	17,519 »
Admissions	828 »
Dons et legs	5,089 »
Reliquat de l'année 1883.	835 »
Total.	52,234 fr. 50
Dépenses et emploi	
Secours à deux sociétaires et à quarante-cinq veuves ou enfants de sociétaires.	27,200 fr. »
Secours à vingt-trois personnes étrangères à l'Association	3,675 »
Recouvrement des cotisations.	600 »
Frais d'impression	1,155 55
Ports des imprimés, timbres-poste, dépenses diverses	292 50
Achats de rentes.	18,463 35
Total	51,386 fr. 40
Balance	
Recettes.	52,234 fr. 50
Dépenses	51,386 40
Reste.	848 fr. 10

Caisse des pensions viagères

Recettes	
Report de l'année 1883	221 fr. 15
Intérêt des sommes placées	392 70
Total	613 fr. 85
Dépenses et emploi	
Une pension viagère	600 fr. »
Total.	600 fr. »
Balance	
Recettes	613 fr. 85
Dépenses.	600 »
Reste	13 fr. 85

Enseignement médical libre.

Cours particulier de technique microscopique. — M. le Dr LATTEUX, chef du laboratoire de clinique chirurgicale de la Charité, commencera un nouveau cours, le lundi, 20 avril, à 8 heures 1/2 du soir, dans son laboratoire, rue du Pont-de-Lodi, n° 5 et le continuera les mardi, mercredi et jeudi suivants. Ce cours, essentiellement pratique, est destiné à mettre les élèves, en mesure d'exécuter les analyses exigées journellement par la pratique médicale. Pour cela, ils sont exercés individuellement et répètent eux-mêmes toutes les expériences. Les microscopes et autres instruments sont à leur disposition. On s'inscrit chez le Dr Latteux, 4, rue Jean-Lantier, près le Châtelet, de midi 1/2 à 1 heure.

Thèses soutenues à la Faculté de Médecine.

Lundi 20. — M. Max Wassermann. De la peptonurie et de la physiologie des peptones. — M. Ismail Rifat. Etudes sphymographiques relatives aux maladies du cœur et de l'aorte. — *Mardi* 21. — M. Lescarret. Essai sur la pathogénie et le traitement des vomissements dans la phthisie pulmonaire. — M. Maritoux. Contribution à l'étude de la sclérodermie et particulièrement des sclérodermes en plaques ou morphées. — M. Tardif. Contribution à l'étude des accidents consécutifs aux lésions du nerf sus-orbitaire. — *Jeudi* 23. — M. Sarrazin. Du traitement de l'hydrocèle par les injections de sublimé. — M. Studer. Endocardite ulcéreuse. — *Vendredi* 24. — M. Lévêque. De l'occlusion intestinale produite par les rotations de l'intestin et en particulier par celles de l'intestin grêle. — M. Petiau. Etude sur la phtisie dans ses rapports avec la grossesse, l'accouchement et la lactation. — M. Hollenfeltz. Des déviations rachitiques du thorax et de leur influence sur les maladies du cœur. — *Samedi* 25. — M. Abadie. Essai sur quelques accidents de la première dentition. — M. Méry. De quelques accidents utérins chez les rhumatisantes. — M. Forgeot. — Contribution à l'étude des pleurésies au cours des affections cardiaques. — M. Petitjean. Contribution à l'étude de la balanopostite gangréneuse, consécutive aux chancres mous sous-préputiaux. — M. Duchatellier. Considérations sur la genèse et l'étiologie de l'hépathite suppurée. — M. Cormack. — Du traitement de l'emphysème chronique par l'opération d'Estlander.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 5 avril au samedi 11 avril 1885, les naissances ont été au nombre de 1213, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 507; illégitimes, 162. Total, 672. — *Sexe féminin* : légitimes, 396 ; illégitimes, 145. Total, 541.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881, 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 5 avril au samedi 11 avril 1885, les décès ont été au nombre de 1320: savoir : 688 hommes et 632 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Choléra : M. . F. .. T. . — Fièvre typhoïde : M. 11. F. 4. T. 15. — Variole : M. 3. F. .. T. 3. — Rougeole : M. 30, F. 32, T. 62. — Scarlatine : M. 4, F. 4, T. 8. — Coqueluche : M. 1. F. 3. T. 4. — Diphthérie, Croup. M. 14, F. 27, T. 41. — Dyssenterie : M. 1. F. .. T. 1. — Erysipèle: M. 4, F. 6, T. 10 — Infections puerpérales : 5 — Autres affections épidémiques : M. .. F. .. T. .. — Méningite tuberculeuse et aiguë: M. 18, F. 38, T. 66. — Phthisie pulmonaire : M. 143, F. 103 T. 246. — Autres tuberculoses: M. 22, F. 7. T. 29. — Autres affections générales : M. 32, F. 40 T. 72. — Malformations et débilité des âges extrêmes: M. 34, F. 43, T. 77. — Bronchite aiguë : M. 28, F. 28, T. 56. — Pneumonie : M. 71, F. 69, T. 135. — Athrepsie : M. 26, F. 38 T. 64. — Autres maladies des divers appareils : M. 187, F. 176, T. 363. — Après traumatisme : M. .. F. .. T. .. — Morts violentes : M. 42, F. 6. T. 68. — Causes non classées M. 10, F. 5, T. 15.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 107 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 47 ; illégitimes, 16. Total : 63. — *Sexe féminin* : légitimes, 27 ; illégitimes, 17. Total : 44.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Cours d'hygiène*. M. LANDOUZY, agrégé, chargé du cours, commencera ses leçons le mardi 21 avril, à 4 heures de l'après-midi (Grand Amphithéâtre), et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure. — *Objet du cours* : 1° Causes et modes de diffusion des maladies épidémiques, endémiques et contagieuses. Prophylaxie individuelle, familiale, hospitalière, publique ; 2° Hygiène de la maison (eaux, latrines). Hygiène urbaine (eaux, égouts) ; 3° hygiène des âges : Allaitement, sevrage, crèches, mortalité des nouveau-nés, hygiène scolaire, hygiène professionnelle. (Pendant le mois de juin, visite aux établissements parisiens et suburbains ressortissant à l'hygiène publique.)

ERRATUM. — Dans l'article « *Note sur la cécité verbale* », de M. Watteville, n° 12 du *Progrès médical*, il faut lire, p. 226, ligne 4, *visuel*, au lieu de usuel. Page 227, 1re colonne, 2e paragraphe : Après les mots « En associant » insérer les mots « *à des impressions visuelles* » qui sont interposés deux phrases plus bas; — même page, 2e col., 3e paragraphe : Au lieu de « Mais ce qui est du langage » lire « *Cependant pour tout langage, parlé ou pensé.* »

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de Mme Emilie BOVELL-STURGE, docteur en médecine de la Faculé de Paris, décédée à Nice, le 2 avril 1885. Emilie Bovell avait fait sa thèse à la Salpêtrière : *De quelques accidents de l'épilepsie et de l'hystéro-épilepsie* (Paris 1877). Elle prenait une part active aux Congrès d'hygiène et s'intéressait à toutes les questions médico-sociales. Elle avait épousé le Dr Allen Sturge, connu par ses intéressants travaux sur les maladies nerveuses. L'an dernier elle a publié un opuscule sur l'*Education des enfants abandonnés en Angleterre*. — Nous avons la douleur d'apprendre la mort de M. le Dr A. HUREL, médecin de la Maison Centrale de Gaillon (Eure). On lui doit entre autres les travaux suivants : *Sur le régime alimentaire dans les Maisons centrales* (1872). — *Quelques observations pour servir à l'histoire de la folie pénitentiaire* (1875). — *Le quartier des condamnés aliénés annexé à la Maison centrale de Gaillon* (1877). — *Les Ecoles de village dans un canton de Normandie, étude d'hygiène* (1879). Le Dr Hurel était un excellent homme et très dévoué à ses malades. — Le Dr DEVAY (de Chaponost). — Le Dr LEGUERRÉ, vice-président de l'Association des médecins de la Seine-Inférieure, mort à Nantes.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RE S, 71.

13e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. I. N° 17. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 25 AVRIL 1885.

Le Progrès Médical

PATHOLOGIE EXTERNE

Du phlegmon sous-péritonéal de la région hépatique ;

Par Paul BLOCQ, interne des hôpitaux.

Les abcès de la paroi antéro-latérale de l'abdomen ont été divisés tout d'abord en sous-cutanés, intra-musculaires et sous-péritonéaux. On a reconnu de plus que ceux-ci affectaient presque toujours l'une des régions *hépatique*, *ombilicale et sous-ombilicale*, et l'on a montré dans ces deux seuls derniers cas, quelle disposition anatomique tenait cette affinité élective du phlegmon sous sa dépendance, de sorte que la différenciation du premier n'existe en somme que par exclusion.

Cela tiendrait à sa rareté relative, ainsi que Follin et Duplay le disent explicitement dans leur Traité (1) : « avec les observations publiées il me serait impossible de tracer les caractères anatomiques du phlegmon sous-péritonéal de la région hépatique. »

Ils sont en effet les moins fréquents pour la majorité des auteurs, et Poisson seul soutient une opinion contraire dans sa thèse (2) sans l'étayer d'ailleurs d'aucune preuve à l'appui, mais constituent cependant, et nous nous proposons ici de le démontrer, une variété spéciale au même titre que les phlegmons ombilicaux et sous-ombilicaux qui doivent sans doute à leur nombre d'avoir jusqu'à présent attiré exclusivement l'attention des observateurs. Aussi, y a-t-il lieu de s'étonner, en parcourant les travaux publiés sur le question, que cette localisation toujours identique du processus dans l'hypochondre droit n'ait pas été autrement remarquée.

C'est ainsi, qu'avant le travail de M. Bernutz (1850), on ne trouve guère que des observations éparses de Bordenave (1774) Bourrienne (1775), ou il y a confusion avec l'hydropisie enkystée du péritoine. Dance (3) (1832) attire l'attention sur l'odeur fétide des collections purulentes de cette région. Velpeau (1836) signale quelles peuvent être l'origine de fistules stercorales. La thèse de Lecoupeur (1840) résume en partie tous ces faits, mais la question ne progresse qu'après que M. Bernutz (4), a nettement exposé dans son mémoire l'origine habituelle, et le siège anatomique des phlegmons de la paroi antérieure de l'abdomen.

Il établit que les affections décrites antérieurement par Chomel l'ancien, et Littré sous le nom de « hydropisie enkystée du péritoine, ne sont que des inflammations du fascia propria ou même du tissu cellulaire qui double le péritoine, insiste sur la part que prennent les lésions intestinales dans leur production, et nous éclaire sur les difficultés du diagnostic, mais il ne cherche pas à distinguer de variétés dans les phlegmons qu'il étudie.

Dès lors, la question devenue intéressante, suscite divers travaux de Segond, Féréol (1859) et Dolbeau (1867). M. Gosselin (1) consacre une de ses leçons cliniques à l'exposé d'un des cas que nous étudions. Mais dans les documents postérieurs, et notamment dans les thèses de Labuze (1871), Vaussy (1875), Borcelo (1878), et Wedrochwsky (1879), les plus récents, le but qu'on se propose est toujours, soit l'étude des abcès intra-musculaires, soit celle des variétés ombilicale et sous-ombilicale dans laquelle on différencie même celle de Retzius et celle de Heurtaux, et les quelques faits qu'on rapporte d'abcès de la région hépatique sont simplement relatés sans qu'on leur trouve un intérêt suffisant pour s'arrêter à leur différenciation.



Ces faits eux-mêmes sont assez rares pour que dans tous les auteurs précédemment cités nous n'ayons rencontré que 4 observations. En y joignant celle du cas que nous avons eu la bonne fortune d'observer, nous obtenons un total bien insuffisant encore ; aussi, n'entreprenons-nous un essai de différenciation qu'avec toute la réserve commandée non seulement par cette pénurie de documents, mais encore par l'opinion plus haut relatée de Follin et Duplay.

OBSERVATION I. — Auguste Trautm..., âgé de 16 ans, tourneur en cuivre, entre salle Aran, n° 25 (service de M. GOURAUD), le 6 septembre 1884, venant de la Salle Dupuytren du même hôpital (St-Antoine), où il avait été admis le 28 août (2).

Ses parents sont bien portants actuellement; il a perdu deux frères âgés l'un de 3 ans, l'autre de 18 mois, mais ne sait à quelle affection ils ont succombé. Lui-même, si l'on en excepte une fièvre éruptive dans le jeune âge, n'aurait jamais été malade. Toutefois il est de faible constitution, pâle, blond, et paraît moins que son âge. Il est sans doute entaché de scrofule, quoique interrogé à cet égard, il ne se souvienne pas d'en avoir éprouvé les accidents habituels.

Sans cause apparente, au milieu d'une bonne santé, il s'aperçoit, le 12 août, de la présence, sur son bras gauche, un peu au-dessus du pli du coude, de trois petites tumeurs grosses comme une noisette chaque, rouges et douloureuses, qui les jours suivants, sans augmenter beaucoup de volume, gênent assez les mouvements pour l'obliger à suspendre tout travail et à s'aliter. Une semaine environ après, il ressent des douleurs assez vives et continues dans le ventre à localisation indéterminée. Comme il existe, en même temps, un état gastrique assez prononcé, un médecin mandé en consultation diagnostique une « fièvre muqueuse » et prescrit un purgatif et du sulfate de quinine. Le malade reste dans cet état sans modification importante jusqu'au 28 août où, effrayé de l'accroissement de sa tumeur brachiale, il demande son admission à l'hôpital St-Antoine, et il entre dans le service de M. Delens. Ce chirurgien reconnaît une adénite suppurée des ganglions épitrochléens, incise le foyer, y place un drain, et applique un pansement antiseptique. Toutefois, d'une part, la plaie du bras étant presque complètement cicatrisée, de l'autre les douleurs abdominales persistant ainsi qu'un état général grave, le malade passe en médecine le 6 septembre. A ce moment, on constate de la fièvre, de l'anorexie, de la prostration, ainsi que des sensations douloureuses vagues, peut-être plus vives du côté droit. C'est pendant cette période qu'on est amené successivement à croire à une fièvre typhoïde, puis à une péritonite tuberculeuse.

(1) Tome II, p. 760.
(2) Poisson. — *Contribution à l'étude des phlegmons de la paroi abd. antérieure* Th. de Paris, 1877.
(3) *Archiv. de médecine*, t. XXX.
(4) *Arch. de médecine*, 4e série, t. XXXIII.

(1) *Clinique*, t. II, leçon 48.
(2) J'ai rédigé cette observation d'après les notes de M. Thibault externe du service.

Marche de la température :

DATES.	MATIN.	SOIR.	DATES.	MATIN.	SOIR.
6 sept.	38°,6	39°,4	16 sept.	37°,8	39°,6
7 —	38°,9	40°,8	17 —	38°,6	39°,
8 —	38°,8	39°,8	18 —	37°,8	40°,2
9 —	37°,5	38°,6	19 —	38°,4	38°,9
10 —	37°,2	39°,2	20 —	38°,2	39°,
11 —	39°,5	39°,3	21 —	37°,	38°,9
12 —	37°,	40°,	22 —	38°,4	39°,2
13 —	37°,2	39°,6	23 —	37°,	38°,4
14 —	38°,6	39°,8	24 —	37°,	39°,4
15 —	39°,	39°,6	25 —	38°,6	39°,

Le malade s'amaigrit considérablement, l'état général s'aggrave, la fièvre continue avec des irrégularités considérables, il se plaint toujours de douleurs abdominales assez vives, prédominantes du côté droit, mais sans réelle localisation.

Le 15 octobre, en examinant de nouveau le ventre, on aperçoit une voussure très appréciable, saillant à la limite de l'épigastre et de l'hypochondre droit, sans changement de coloration à la peau. Cette tumeur est rénitente et on perçoit même de la fluctuation sans gargouillement ; l'exploration est très douloureuse ; elle ne subit pas l'influence des mouvements respiratoires. Elle est mate à la percussion, et on peut la délimiter comme suit : en haut par une ligne horizontale passant au niveau de l'appendice xyphoïde, en bas à 3 ou 4 centimètres de l'ombilic ; en dedans elle n'est distante que de quelques millimètres de la ligne médiane, en dehors on la limite difficilement, sa matité paraissant se confondre avec celle du foie. Elle a, d'une façon générale, la forme d'un ovoïde à grosse extrémité supérieure, à grand axe vertical ou mieux, oblique en bas et en dedans.

16 *octobre*. M. Gouraud, assisté de M. Tennesson fait, au point culminant de la tumeur, une ponction avec l'appareil de Potain qui donne issue à près de 200 grammes d'un liquide très épais, brunâtre, grummeleux, à odeur fétide, rappelant celle des œufs pourris dans lequel le microscope montre la présenee de globules de graisse, des cellules, du pus et des cristaux de cholestérine, il n'y a pas trace d'éléments hépatiques. Les recherches de M. Platel, interne en pharmacie du service, pour y déceler la présence de la bile, sont négatives.

A la suite dela ponction, la voussure s'affaisse très sensiblement, sans disparaître complètement, et les limites de la matité diminuent concurremment ; le malade éprouve un grand soulagement, l'appétit renaît, les forces reparaissent.

25 *oct.* Toutefois la fièvre reprend bientôt avec des oscillations caractéristiques, les douleurs se montrent de nouveau, et la tumeur se reproduit, mais cette fois avec coloration rouge des téguments.

18 *novembre*. La ponction est pratiquée à la même profondeur (3 centimètres environ), à quelques millimètres de la première, mais malgré de fortes aspirations, il ne s'écoule aucun liquide et on doit retirer l'aiguille sans avoir évacué la tumeur.

19 *nov.* On s'aperçoit que la baudruche, mise au niveau de l'orifice de la piqûre du trocart pour l'obturer, est soulevée par du liquide, et après l'avoir décollée, on constate que du pus a sailli par cet orifice ; en pressant légèrement la tumeur, on fait sourdre 100 ou 150 grammes environ de pus encore fétide mais de coloration jaune verdâtre. Les jours suivants, en changeant le pansement, on constate que l'orifice donne une suppuration abondante ; du reste, en comprimant la tumeur, on en fait sortir une assez grande quantité de pus.

27 *nov.* M. Périer, consulté au sujet d'une intervention chirurgicale, conseille un large débridement. Par l'orifice fistuleux il introduit une sonde qu'il pousse jusqu'à la limite du foyer, à 4 ou 5 centimètres environ, et incise sur la cannelure de cet instrument. L'incision donne issue à une notable quantité de pus. L'exploration avec le doigt montre qu'il s'agit d'un foyer sous-cutané, en un point de la paroi duquel se trouve un orifice qui permet l'introduction de la sonde cannelée à 2 centimètres de profondeur.

29 *nov.* Dès ce moment la suppuration se tarit rapidement, la cavité abcédée se rétrécit et se couvre de bourgeons charnus. L'état général se relève en peu de temps.

12 *décembre*. La plaie est complètement cicatrisée, la santé du malade absolument rétablie. Exeat guéri le 15.

Réflexions. — Cette observation, déjà intéressante par la rareté des faits du même genre, l'est encore à plusieurs égards. L'étiologie est au moins très obscure; nous ne pouvons invoquer ici comme causes locales, même le froid ou le traumatisme ; peut-être la profession du malade, qui est tourneur en cuivre, a-t-elle joué un rôle, sa constitution débile le prédisposant aux suppurations comme le prouve l'adénite du bras concomittante.

Sans parler dès maintenant du siège anatomique de la lésion, point sur lequel nous reviendrons plus tard, nous croyons qu'au point de vue de la disposition des parties, les caractères cliniques montrent clairement que nous avons eu affaire à une sorte d'abcès en sablier. La première ponction a vidé la collection sous-péritonéale, et le foyer non encore tari, comprimé par la pression des viscères, trouvant une voie vers l'extérieur dans le trajet creusé par le trocart, se reforme dès lors superficiellement entre les muscles et la peau, aussi la deuxième ponction, faite à la même profondeur, ne donne plus rien. Du reste, lors de l'incision ultérieure, on découvre l'abcès sous-cutané et dans sa paroi l'orifice de communication avec la cavité ancienne devenue virtuelle. Nous n'insistons pas plus sur cette disposition, quoiqu'on ne l'ait pas encore signalée, car elle nous semble purement artificielle, et due à ce que lors de la première intervention, on a eu recours à la ponction, alors que peut-être l'incision eût été préférable. Les symptômes ont présenté une longueur considérable dans leur évolution ; une des observations dont nous donnons le résumé, est un exemple analogue de cette durée excessive de l'affection qui nous occupe. Il y a eu de plus un état général très grave qui n'a pas peu contribué à égarer longtemps sur sa véritable cause.

Le diagnostic, en effet, non seulement n'a été posé qu'au dernier stade de l'évolution du mal, mais encore a dû être modifié à plusieurs reprises. Au début, la continuité de la fièvre, les douleurs abdominales vagues, l'état général adynamique, ont fait admettre la dothiénentérie. Plus tard, l'absence de l'éruption caractéristique, de diarrhée, de stupeur, la marche de la température ont fait renoncer à cette idée, et alors, en raison des phénomènes douloureux plus accentués, des oscillations thermiques, de l'amaigrissement progressif, on a diagnostiqué une péritonite tuberculeuse. Enfin, lors même de l'apparition de la tumeur, on a cru reconnaître un abcès du foie, seuls les caractères de la suppuration et la marche ultérieure ont enfin, et à la période terminale, éclairé la situation.

Observation II. — Il s'agit d'un cas observé par Dolbeau, intéressant seulement parce que l'autopsie fut pratiquée, et permit de s'assurer de l'intégrité du foie et du péritoine, on retrouva dans la paroi les traces de l'inflammation (1).

Observation III. Résumé. — N..., âgée de [illegible] ans, a été bien portante jusqu'à 52 ans. A ce moment, elle fut prise de vomissements et de douleurs vives dans le flanc droit, sans ictère : un an après, elle subit la même crise douloureuse. Depuis cette époque, elle souffre d'une dyspepsie habituelle et de diarrhée. Elle a de plus remarqué, depuis quelques mois, un gonflement insolite de l'hypochondre droit, qui est en même temps légèrement douloureux à la pression.

Depuis 15 jours, elle se plaint de nouvelles douleurs continues dans cette région dont le gonflement augmente, en même

(1) *Cliniques de Gosselin*, 18e leçon.

temps qu'apparaissent de l'inappétence et de la fièvre. On constate, en effet, outre des symptômes généraux, céphalalgie, fièvre, anorexie, une tuméfaction notable, chaude, fluctuante et douloureuse de la région de l'hypochondre droit. On fait une incision de 6 centimètres parallèlement à la ligne médiane, qui donne issue à une grande quantité de pus à odeur fétide, de couleur brique foncée. A la suite de cette opération, l'exploration digitale de la cavité fait sentir le plan postérieur, et ne laisse aucun doute sur le siège pariétal et sous-péritonéal de la collection. La malade guérit assez rapidement quoique ayant eu un érysipèle du fait de l'intervention.

Réflexions. — M. Gosselin fait remarquer au sujet de cette malade, la difficulté du diagnostic : l'abcès provenait-il du foie, du péritoine, de l'intestin, ou de la paroi, et fait valoir les raisons qui plaident en faveur de cette dernière hypothèse. Il insiste sur la valeur étiologique dans ces cas de l'état maladif de l'intestin, qui a déjà été signalée par M. Bernutz, et a été observée chez la malade, indique que le pronostic est en général bénin, la péritonite ordinairement concomitante, restant localisée et plastique : enfin, déclare que le seul traitement rationnel est l'incision large qui prévient les fistules consécutives.

Observation IV. (Résumé). — Carriol, journalier, âgé de 46 ans est pris, au milieu d'une bonne santé habituelle, de malaise et d'inappétence. Au bout de 7 à 8 jours de cet état gastrique, il se forme une grosseur dans l'hypochondre droit, indolore spontanément, mais douloureuse à la pression ; bientôt surviennent des élancements douloureux, la peau restant intacte. Enfin, il s'y joint de la fièvre, de la constipation, de l'anorexie. Il n'a pas reçu de contusion, n'a pas fait d'efforts, n'a pas employé de purgatifs, n'a jamais eu de coliques hépatiques, ni la dysentérie. La tumeur, devenue fluctuante, on l'ouvre par une incision de 6 centimètres, qui donne issue à 1/2 litre de pus phlegmoneux, rougeâtre, à odeur fétide, ne contenant pas de gaz. Le doigt introduit dans la cavité permet de confirmer le diagnostic et de circonscrire une cavité siégeant dans la paroi (1).

Il n'y a guère de notable dans cette observation, que l'obscurité des causes qui ont présidé à la genèse de l'abcès chez cet homme âgé, la marche assez rapide des accidents, à l'encontre des autres faits du même ordre; enfin, la couleur rougeâtre du pus de l'abcès, déjà remarquée dans l'observation précédente.

Observation V. (Résumé). — Mme A..., âgée de 48 ans, toujours bien portante, n'a jamais eu d'affection abdominale. Depuis deux ans elle se plaint de douleurs vagues intermittentes dans l'hypochondre droit, assez près de la ligne médiane ; il y a sept à huit mois, elle a constaté la présence d'une masse dure dans la même région. Il existe en effet une tumeur presque aussi volumineuse qu'une tête de fœtus, aplatie, mate, fluctuante et mobile, dans la région du foie qui est intacte ; on sent de plus de petites masses indurées au pourtour de la tumeur. L'état général est très altéré ; la malade est maigre, pâle, elle a de l'anorexie, de la diarrhée et de la fièvre.

Le diagnostic est très difficile. M. Gosselin pense à un abcès profond de la paroi sous-péritonéale et musculaire. Une ponction évacue 350 grammes de pus brun roux, d'une fétidité spéciale. La tumeur s'affaisse. Après la ponction on détermine l'escharification de la paroi par la pâte de Vienne, et le foyer, ainsi mis à découvert, montre qu'il s'agit, en effet, d'une cavité circonscrite. La malade, malgré un érysipèle, guérit sans autre accident qu'un peu d'induration (2).

Réflexions. — Ici comme précédemment, on ne peut trouver de cause à invoquer. La marche très lente de l'affection, et le volume énorme de la tumeur sont aussi à remarquer. Le pus a eu la même coloration rougeâtre déjà signalée. Notons enfin qu'il s'agit non pas d'un cas type, mais plutôt mixte en ce sens qu'une partie de la couche musculaire a été intéressée. Le diagnostic a été, comme d'habitude, très difficile.

Il existe donc dans la région hépatique une variété de phlegmons sous-péritonéaux qui s'y cantonne de préférence comme d'autres de ces abcès ont leur siège de prédilection dans la région ombilicale et sous-ombilicale. Que si l'on peut expliquer cette sélection dans ces deux derniers cas par une disposition anatomique favorable, il en est de même pour l'affection que nous étudions.

Ici la collection nous paraît, en effet, occuper le tissu cellulaire siégeant à ce niveau de la paroi abdominale où se détachent les deux feuillets péritonéaux qui vont constituer par leur réunion le ligament suspenseur du foie et sont sous-tendus inférieurement par la veine ombilicale, tandis que dans le phlegmon de Retzius, par exemple, elle siège dans le tissu cellulaire remplissant l'espace vide formé par le soulèvement imprimé à la séreuse par les artères ombilicales. Ces deux modes anatomiques sont parfaitement analogues, et obéissent du reste à cette loi plus générale de la distribution des phlegmons sous-péritonéaux dans les points où il y a accumulation de tissu cellulaire, grâce à laquelle on a décrit logiquement après le phlegmon de Retzius, celui de Heurtaux : ainsi s'expliquera rationnellement la localisation hépatique du phlegmon sus-ombilical.

Cette caractéristique anatomique de l'affection dont nous parlons n'est pas la seule particularité qui la sépare des autres du même ordre. Au point de vue étiologique, nous avons déjà signalé sa rareté relative, ajoutons que sur les 5 cas que nous avons relatés, 4 fois elle s'est présentée chez des individus de plus de 40 ans. Si, d'autre part, on conçoit que les causes habituelles, traumatisme, effort, affections viscérales, maladies constitutionnelles puissent présider à son développement, nous devons faire remarquer qu'elles manquent dans tous nos cas où l'on doit les considérer comme idiopatiques ; on pourrait à ce sujet faire jouer un rôle aux insertions du muscle transverse, aux tiraillements du ligament, ou au voisinage de la glande hépatique.

Quant aux symptômes, localement le phlegmon sous-péritonéal de la région hépatique se présente sous forme d'une tumeur à siège bien déterminé, et d'un aspect spécial en quelques cas. Nous ferons remarquer dans notre observation que la voussure était ovalaire à grand axe vertical et légèrement oblique en dedans et en bas; car cette particularité sur laquelle n'insistent pas les observateurs que nous avons cités, nous semble implicitement indiquées par M. Gosselin, puisque ce chirurgien a dû faire une incision verticale, ce qui tend évidemment à démontrer que dans son cas le grand axe de la tumeur se trouvait dans cette direction. Le pus dont l'odeur fétide n'a rien de particulier, présente une couleur rougeâtre, ainsi que l'ont déjà signalé Follin et Duplay pour lesquels ce seul phénomène serait distinct. Les signes généraux ne dénotent rien qu'on ne rencontre dans les autres cas, mais l'évolution du processus affecte une lenteur que signalent tous les observateurs et le maximum signalé a été de 8 mois.

Le *diagnostic* est toujours très dificile; on songera, avant la période de tumeur, à la fièvre typhoïde, à la péritonite, à l'entérite, à l'hépatalgie, toutefois les symptômes propres à la marche de ces diverses affections, faisant défaut, on sera vite amené à y renoncer, et on pourra penser au phlegmon pariétal. Mais alors même

(1) *Poisson*. Th. de Paris, 1877.
(2) *Wedrychowsky*. Thèse de Paris, 1879.

qu'apparaîtra la voussure de l'hypochondre la confusion sera aisée. Cependant la péritonite enkystée est réductible, de plus tend à fuser vers les parties profondes; l'abcès du foie, rare dans nos pays, multiple en général lors de calculs, s'accompagne alors des phénomènes de la lithiase; le kyste hydatique suppuré a été précédé de l'existence d'une tumeur indolore et des signes fonctionnels propres à cette affection, vomissements bilieux, épistaxys, scapulalgie, pleurésie, urticaire, etc., de plus, la tumeur qu'il forme se déplace dans les mouvements respiratoires. Au point de vue du pronostic et du traitement, rien à dire qui ne l'ait été pour les phlegmons sous-péritonéaux des autres régions.

CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE. — **M. H. LELOIR**

Leçons sur la Syphilis (1).

Professées à l'hôpital Saint-Sauveur

DEUXIÈME LEÇON (*Suite*).

D. DES DIVERS MODES DE CONTAMINATION.

Messieurs, le virus syphilitique une fois étudié, son siège le plus fréquent déterminé, il nous faut maintenant étudier rapidement quels sont les modes de contamination les plus usuels de la syphilis par inoculation (car la syphilis par conception sera l'objet de leçons ultérieures). L'étude des différents modes suivant lesquels se fait la contamination syphilitique, constitue une question du plus haut intérêt au point de vue de la prophylaxie de la vérole. C'est seulement en connaissant à fond ces causes si multiples de la contagion, en insistant auprès des malades, des médecins, du public, sur les modes infiniment variés et nombreux suivant lesquels se fait la contamination, que l'on pourra arriver à diminuer le nombre si considérable des syphilitiques.

Quand on pense au nombre des syphilitiques qui existent tant dans les villes que dans les campagnes, à la durée et aux récidives si fréquentes des syphilides virulentes : quand on passe en revue les objets multiples d'usage journalier que les syphilitiques souillent tous les jours de leur virus; quand on songe à l'ignorance, à l'insouciance coupable de la plupart des malades; à l'insouciance et à l'ignorance non moins grandes de leur entourage et du public en général; on est réellement étonné que les cas de contamination ne soient pas encore plus nombreux qu'ils le sont malheureusement. Aussi, ne saurait-on trop le répéter et le redire sans cesse, la vie en commun, les rapports les plus inoffensifs en apparence et les plus courts avec un syphilitique à la période virulente sont dangereux, des plus dangereux. On peut même se demander avec certains médecins si l'isolement absolu des syphilitiques secondaires ne devrait pas être décrété dans la mesure du possible, si les syphilitiques ne devraient pas comme les lépreux du moyen âge être contraints de porter un signe, une marque quelconque rappelant sans cesse à l'esprit qu'ils sont virulents; ou tout au moins si un syphilitique ayant communiqué la vérole à quelqu'un ne devrait pas être condamné à des dommages et intérêts (pour syphilisation par imprudence).

(1) Voir *Progrès médical*, nos 11, 12 et 16. — Nous rappelons que le journal laisse toute liberté à ses collaborateurs dans l'expression de leurs idées scientifiques (qu'il s'agisse de leçons ou de mémoires).

Mais, je me laisse entraîner par la gravité du mal et son extension croissante, à des hypothèses sans doute impraticables et incompatibles en apparence avec le régime de la liberté individuelle, tel que nous le comprenons en France. Et cependant, ainsi que je l'ai observé dans mes voyages scientifiques, à Bergen, en Norwège, pays où fleurit cependant la liberté, la police a le droit de contraindre un sujet syphilitique mâle ou femelle (de mauvaise réputation) à entrer à l'hôpital où on le garde jusqu'à ce qu'il soit guéri. Si le sujet est un récidiviste de la syphilisation, s'il a infecté à plusieurs ou même à deux reprises, des individus qui se plaignent à la police, il pourra être condamné à un temps de prison variant de 3 à 6 mois.

En tous cas, dans notre pays, il importe de rappeler sans cesse au Gouvernement, aux Municipalités et aux Administrations hospitalières l'immensité du danger que constitue, tant au point de vue de l'individu qu'au point de vue de l'espèce, la vérole soumise au régime du laissez-faire. C'est pourquoi je considère pour moi comme un devoir de réclamer sans cesse de l'Administration des hospices Lillois la séparation absolue des syphilitiques virulents d'avec les malades atteints d'affections cutanées ou autres non syphilitiques. C'est ainsi seulement que l'on pourra éviter les cas de contamination intra-hospitalière (malheureusement trop fréquents, quel que soit leur nombre) et dont vous avez pu récemment constater deux faits probants dans notre salle Saint-Côme (1).

Quant à ce qui regarde les filles publiques, comme il est impossible de conserver dans un service une syphilitique pendant toute la durée de la période virulente (3 à 6 ans environ), chaque fille devrait avoir un livret indiquant si oui ou non elle a été syphilitique et si possible la date du début de la vérole : on ne lui permettrait de reprendre son commerce qu'après l'expiration et plus, des années de la période virulente. Ces précautions qui rentrent absolument dans le domaine du possible diminueraient tout au moins le nombre des (passez-moi l'expression) « véroles administratives. »

Les différents modes ou processus suivant lesquels se fait la contamination peuvent être divisés en deux grands groupes : 1° Ou bien, et c'est le cas le plus fréquent, il y a contact direct entre le sujet contaminant et le sujet contaminé. C'est la contamination et non la contagion comme le disent à tort quelques auteurs, directe ou immédiate, son type est la contamination dans le coït. 2° Ou bien, et ce mode de contamination est également très fréquent, le virus est transporté par l'intermédiaire d'un tiers, animé ou inanimé, d'un objet ou d'une personne. Il est ainsi appliqué sur le sujet contaminé sans qu'il y ait eu de rapport direct ou immédiat entre le sujet contaminant et le sujet contaminé. C'est la contamination indirecte ou médiate. Son type est la contamination par les verres, cuillers, pipes, etc...

1° *Contamination directe ou immédiate.* a). Les rapports vénériens, quelle que soit leur nature (vagi-

(1) Cette leçon a été faite le 23 janvier 1885. Depuis lors, le rapport que j'ai remis à l'Administration des hospices et à M. le Préfet du Nord a eu un premier résultat. J'ai obtenu la séparation des syphilitiques hommes d'avec les hommes atteints d'affections cutanées. Une salle spéciale est consacrée aux maladies de la peau pour les hommes (Saint-Antoine).

Le résultat de cette organisation s'est depuis fait sentir de la façon la plus heureuse. Notre brave population ouvrière et campagnarde ne craignant plus la trop fameuse « salle de haut » ou « salle des vénériens », afflue dans notre salle Saint-Antoine.

naux, anaux, buccaux, etc.) constituent le mode le plus fréquent de cette contamination. Sans parler des goûts dépravés étonnants qui sont la cause de nombre de rapports anormaux, ceux-ci résultent souvent d'un préjugé bizarre qui a encore cours dans les différentes classes de la société. En effet, nombre d'individus croient éviter la contagion en évitant dans leur commerce l'antre considéré comme virulent par excellence, le vagin. Réciproquement dans d'autres cas c'est par crainte d'infecter un objet aimé que certains sujets mâles ou femelles se livrent à ces rapports anormaux. C'est ainsi que j'ai observé il y a quelque temps un mari atteint de chancre infectant de la verge, lequel ne voulant pas contaminer sa femme crut éviter cette contamination en pratiquant ses devoirs conjuguaux dans un endroit assez insolite, mais que l'embonpoint de sa moitié permettait. Je n'ai pas besoin de vous dire le résultat de ce commerce que le mari croyait justifié par l'intérêt qu'il portait à son épouse, ce fut un chancre infectant du nombril et la vérole. Les attentats à la pudeur sont également une cause d'infection. Et vous savez que assez fréquemment ces attentats ne sont pas commis sous l'influence d'un instinct génésique dépravé, mais sous l'influence d'un préjugé criminel et idiot encore assez répandu dans les classes inférieures, lequel fait croire aux vérolés qu'ils se débarrasseront de leur vérole en ayant des rapports sexuels avec un sujet vierge.

b). Les baisers (car la bouche constitue, comme vous le voyez tous les jours, un foyer intense de vérole, et malheureusement les syphilides buccales passent souvent inaperçues) sont encore une cause puissante de contagion. Quelle que soit l'origine psychologique de ces baisers, que ce soit le baiser de l'amant, de la mère, de l'enfant, ou le baiser pratiqué sous forme de salut, ces baisers sont virulents. Et quel que soit le point du corps où le baiser a déposé le virus, il y aura chancre infectant, si l'absorption s'est produite. C'est ainsi que le chancre pourra non seulement siéger aux lèvres, dans la bouche, à la langue, dans la gorge, au menton, aux joues, à l'œil, mais au sein et ailleurs. Je n'en veux qu'un exemple entre mille. Il s'agit d'un étudiant dont j'ai publié en 1882 l'observation dans les *Annales de dermatologie*, et dont l'histoire est des plus instructives à divers points de vue. Aussi y reviendrai-je encore. Pour ne parler que de ce qui nous intéresse dans ce chapitre, je vous dirai que ce jeune homme étant un soir un peu lancé, fit au bal Bullier la connaissance d'une personne qui ne trouva rien de mieux pour lui prouver sa flamme que de l'embrasser sur les diverses parties du corps, y compris les pieds. Or, précisément l'étudiant avait entre les orteils quelques crevasses consécutives à un eczéma. Le résultat de ces tendresses fut un magnifique chancre infectant situé entre le 4e et le 5e orteil. Dans d'autres cas, l'usage abusif des baisers donnés aux enfants est une cause de vérole chez ces petits êtres. Et à leur tour ces enfants peuvent par les baisers propager leur vérole soit dans leur famille, soit à leurs camarades. Aussi un enfant syphilitique constitue-t-il un véritable danger pour sa famille, pour ses camarades d'école, etc...

c). Les morsures faites dans une rixe ou dans une bataille plus amoureuse, comme Ricord et Fournier en ont relaté des cas, peuvent également donner la vérole. J'en ai vu plusieurs exemples en 1882 et 1883, quand j'avais l'honneur d'être chef de clinique du professeur Fournier à l'hôpital Saint-Louis. Ces faits ont été publiés par MM. Lavergne et Perrin, internes du service.

d). La succion d'une plaie pratiquée par une bouche contaminée peut y déterminer l'apparition d'un chancre infectant. Fournier en a relaté un bel exemple dans la thèse de Jumont (1880).

e). Wigglesworth a montré que la syphilis pouvait être contractée par l'insufflation bouche à bouche d'un nouveau-né syphilitique. La réciproque doit exister, comme vous le concevez bien.

5° L'allaitement et l'acte physiologique, la succion qui en est la conséquence, constituent une cause puissante de propagation de la syphilis. Le fait est connu depuis longtemps (G. Torella) et le nombre des nourrices infectées par les nourrissons syphilitiques est trop grand pour qu'il soit nécessaire d'insister sur ce point. Vous en avez en ce moment un bel exemple au n° 8 de la salle Saint-Damiens. Vous avez tous devant les yeux cette mère nourrice atteinte de 2 chancres infectants du mamelon gauche après avoir donné à téter à un enfant étranger syphilitique. Cette femme est atteinte à ce moment de syphilis secondaire grave : syphilides papulo-croûteuses confluentes et généralisées, céphalée intense, irritis, état cachectique. Vous savez, en outre, que cette pauvre femme a à son tour infecté son propre enfant, enfant vigoureux et bien portant jusque-là, et lui a communiqué trois chancres infectants des plis inguinaux en le nettoyant avec sa salive contaminée.

Je vous fais passer sous les yeux un moulage représentant sept chancres infectants du sein survenus chez une mère nourrice infectée dans les mêmes conditions. Eh bien, malgré ces contaminations fréquentes, journalières, vous trouvez encore tous les jours des femmes qui s'exposent de gaieté de cœur à la contamination. Sans parler des cas où des malheureuses séduites par l'appât du lucre, peuvent se laisser aller à sacrifier leur santé et celle de leur famille pour un peu d'or; je dois vous signaler une cause fréquente de contamination par l'allaitement. Voici ce dont il s'agit :

Vous verrez souvent, surtout dans la classe pauvre, (où les femmes sont obligées de quitter leur nourrisson pour aller travailler) les mères confier leur enfant à une voisine, à une amie, qui l'allaitera pendant son absence. La voisine se charge volontiers de cette tâche, sachant parfaitement que ce léger service lui sera rendu de la même façon. Il y a là échange de bons procédés. Mais malheureusement, messieurs, il y a là aussi souvent échange de vérole. Et c'est ainsi que le sein banal, comme l'appelle spirituellement Fournier, est une cause puissante de propagation de la vérole.

Réciproquement une nourrice syphilitique pourra infecter l'enfant qui lui est confié. Le fait est également fréquent. Et cette contamination pourra d'ailleurs se faire, non seulement par la bouche, le nouveau-né suçant un sein atteint de syphilides, mais de toute autre façon. Vous avez vu dernièrement dans notre salle Saint-Damiens l'exemple de cette mère nourrice syphilitique donnant la vérole à son nourrisson, non par l'allaitement, non à la bouche, mais par nettoyage avec de la salive virulente, mais dans les aines, sous forme de trois chancres inguinaux. De même d'ailleurs, la nourrice saine que l'enfant syphilitique infecte le plus souvent au mamelon peut l'être aussi par cet enfant de mille façons différentes.

Enfin, messieurs, la contamination qui se fait entre nourrices et nourrissons peut quelquefois, lorsque la syphilis est méconnue, ne pas se limiter aux deux fac-

teurs, mais s'étendre à l'entourage de ceux-ci, se propager même à distance et constituer de véritables pseudo-épidémies de syphilis consécutives à l'arrivée d'un nourrisson syphilitique dans une localité. Telle est l'origine de l'épidémie signalée par Portal, qui infecta tout le village de Montmorency; des trois épidémies signalées par Ricordi dans trois villages italiens, et qui y firent successivement seize, dix-huit et vingt-trois victimes (1863-1864). Dron (de Lyon), a rapporté l'histoire d'un nourrisson syphilitique qui infecta directement sa nourrice. Celle-ci infecta à son tour trois nourrissons. Ces enfants communiquèrent leur vérole à leurs mères, et celles-ci à leurs maris. En tout dix victimes. Vous trouverez dans les importantes publications de Fournier intitulées : *Nourrices et nourrissons syphilitiques; syphilis et mariage*, plusieurs faits analogues.

Donc, messieurs, il y a danger pour une femme de donner le sein, ne serait-ce qu'un instant, à un enfant étranger. Et réciproquement il y a danger pour le nourrisson à téter, ne serait-ce qu'une fois, un sein étranger. Donc votre devoir de médecin est d'empêcher absolument tout contact entre nourrissons syphilitiques et nourrices saines et réciproquement. Ce n'est pas là toujours chose facile, et l'on est vraiment étonné, indigné dans la pratique, de voir avec quelle légèreté, quelle insouciance, des parents syphilitiques n'hésitent pas à donner leur enfant contaminé à une nourrice saine; et de la légèreté avec laquelle certaines nourrices acceptent des enfants étrangers: enfin, parfois, mais plus rarement, de la négligence avec laquelle on choisit les nourrices.

Les parents se montrent souvent d'un égoïsme inouï. Cela tient peut-être au préjugé encore trop répandu qui consiste à croire que la vérole sera moins grave chez l'enfant si on le confie à une nourrice saine. C'est ainsi que je fus consulté par un père syphilitique que je soignais depuis assez longtemps (et qui, entre parenthèses, s'était marié malgré mon avis), au sujet du choix d'une nourrice pour son enfant syphilitique. La mère pouvant allaiter, je recommandais comme de juste l'allaitement maternel. Sans doute à cause de ce stupide préjugé dont je viens de parler, on ne m'écouta pas, on choisit une nourrice saine. Inutile de dire que je n'ai jamais revu ces gens-là et les ai consignés pour toujours à la porte de mon cabinet.

Avant de terminer cette question des nourrices et nourrissons syphilitiques, je crois devoir vous signaler un problème de clientèle des plus spécieux. Vous êtes médecin d'une famille chez laquelle existe un nourrisson syphilitique. Cette famille, à votre insu, fait quérir une nourrice saine. Cette nourrice saine ayant entendu dire par les domestiques, les concierges ou autrement, que l'enfant des « patrons » est « pourri » vient vous demander en invoquant votre bonne foi si elle peut nourrir l'enfant en question. Que faire? Ici le secret professionnel, là une femme qu'une réponse affirmative de votre part peut exposer à une contamination terrible. Dans ce cas, dérobez-vous, Messieurs. Dites à la nourrice que le secret professionnel, l'enfant fût-il syphilitique vous empêche de donner le moindre renseignement, car vous êtes médecin de la famille. D'ailleurs, d'une façon générale, méfiez-vous des nourrices et nourrissons syphilitiques, et n'agissez qu'en prenant les plus extrêmes précautions. Ne donnez jamais de certificats, et d'ailleurs, Messieurs, méfiez-vous toujours des certificats. Non seulement dans le cas actuel vous pourrez être ennuyés en toute bonne foi par la nourrice si vous avez laissé passer un nourrisson syphilitique; par les parents, si vous avez laissé passer une nourrice syphilitique. Mais malheureusement, Messieurs, on pourrait, dans certains cas, essayer de vous mêler à des affaires de chantage, car les nourrices qui ne sont pas plus à l'abri de la vérole contractée amoureusement ou autrement que les autres humains, ont souvent de la tendance à essayer de transformer leur syphilis en une petite rente annuelle, en incriminant ce qu'elles appellent « l'enfant pourri du bourgeois », cause souvent bien innocente et parfois même victime de la vérole de la nourrice. Il y a là, Messieurs, vous le voyez, une série de questions des plus complexes au point de vue de la médecine légale.

En résumé, à nourrissons syphilitiques il faut nourrices syphilitiques et réciproquement. Comme la meilleure des nourrices dans ces cas-là est toujours la mère (Colles a prouvé en 1837 qu'une mère saine en apparence peut sans danger nourrir son propre enfant atteint de syphilis congénitale. C'est la loi de Colles, loi d'importance majeure, sur laquelle nous aurons à revenir plus tard.) Ce sera toujours la mère qui devra nourrir son enfant syphilitique et cela sans danger ni pour elle ni pour l'enfant. Ce n'est que lorsque la mère ne pourra absolument pas nourrir son enfant que vous chercherez pour le nourrisson syphilitique une nourrice qui devra être syphilitique, et par conséquent à l'abri de la contamination. Et cela sans aucun danger pour l'enfant car on n'entasse point vérole sur vérole. Dans des cas exceptionnels vous serez obligés de faire nourrir l'enfant par des animaux: chèvres, ânesses, comme cela se fait dans certains hôpitaux d'enfants (1). *(A suivre)*.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

La dermatologie à Paris.

Nous avions, dans un autre article (2), insisté sur l'installation défectueuse de la consultation externe et du musée à l'hôpital Saint-Louis. Nos critiques doivent tomber devant le comfort et les splendeurs de l'organisation nouvelle.

Une construction vaste et élégante a surgi abritant désormais la consultation, le bureau des bains externes, le musée, la bibliothèque, une salle de conférences, etc., etc. Après avoir traversé une grande cour qui s'étend sur toute la façade du nouveau pavillon, on pénètre dans la salle d'attente des consultations. C'est un immense vestibule parfaitement éclairé et aéré pouvant contenir plus de mille personnes (3): l'état de propreté que nous avons trouvé contraste agréablement avec l'aspect repoussant de l'ancienne salle d'attente. Au fond s'ouvrent les cabinets de consultation (médecine et chirurgie) qui nous ont paru également très beaux et très grands.

A droite de ce corps de bâtiment est annexé un bureau pour les bains externes; les malades sont dirigés de ce bureau vers le pavillon des bains sous une galerie couverte qui les protège contre les intempéries.

Au premier étage se trouvent: à droite et à gauche,

(1) *Progrès médical*, 6 septembre 1884.

(2) C'est dans cette salle que fut donnée en janvier 1883 la première et unique représentation de l'*opéra polymorphe*.

(3) C'est sur la proposition de notre ami H. Thulié que le Conseil municipal a créé la nourricerie de l'hospice des Enfants-Assistés à Paris.

une salle de conférences et une bibliothèque dont le mobilier n'est pas encore installé. En face est le musée dont les collections si précieuses font la gloire de l'hôpital Saint-Louis et des médecins qui les ont réunies (1). Une immense pièce quadrilatère éclairée sur trois faces et par en haut, une double rangée de vitrines luxueuses avec galerie supérieure, abritent un nombre déjà grand de pièces inappréciables. La place a été largement distribuée et l'on peut espérer qu'elle suffira longtemps à tous les besoins.

Si les vitrines extérieures sont vivement éclairées par la lumière solaire qui les frappe horizontalement, il n'en est pas de même des vitrines internes qui ne reçoivent le jour que par les angles et par le plafond. Il suffirait, croyons-nous, pour remédier à cette insuffisance d'éclairage, de remplacer les *verres fumés* du plafond par des vitrages absolument transparents. Les collections dermatologiques viennent de s'enrichir de la collection particulière du professeur Parrot qui occupe maintenant une place honorable dans le musée de l'hôpital Saint-Louis.

Au-dessus du musée est installé l'atelier de moulages de M. Baretta. Toutes ces améliorations ont été votées par le conseil municipal sur un rapport du Dr Bourneville au nom de la 8e commission (séance du 6 août 1881) ; les dépenses s'élèvent, sur devis, à 916.549 fr. 66.

Un grand progrès vient donc d'être réalisé dans l'organisation matérielle de l'hôpital Saint-Louis, nous en sommes heureux et fiers pour la dermatologie.

La consultation externe et le musée sont tout à fait dignes de Paris et de l'école française.

L'outillage se perfectionne sans cesse; la routine s'opposera-t-elle longtemps encore à la mise en œuvre des matériaux d'étude que possède l'hôpital Saint-Louis? Quand verrons-nous cette *spécialisation* sans laquelle la dermatologie française ne se relèvera jamais? Nous ne voulons pas revenir sur les arguments qui démontrent l'urgence absolue de cette réforme, mais nous n'avons pu nous empêcher de déplorer encore une fois notre *infériorité volontaire* en présence des perfectionnements importants qu'on vient d'accomplir.

Ouverture du cours d'hygiène. — M. Landouzy

Jusqu'ici M. Landouzy passait à juste titre pour l'un des agrégés les plus érudits et les plus éloquents de la Faculté. Chargé, par suite de la retraite de M. Bouchardat, de faire l'intérim de la chaire d'hygiène, M. Landouzy n'a point failli à la tâche qui lui incombait. Bien au contraire; il a montré qu'il n'avait pas été pris au dépourvu et qu'entre ses mains, l'enseignement de l'hygiène ne péricliterait point. Faisant à grands traits l'historique de cette chaire, que Bouchardat vient de quitter après plus de 30 années d'exercice, il a caractérisé en quelques mots l'enseignement de chacun de ses titulaires : de Hallé, qui l'occupa le premier avec tant de gloire, de Bertin l'incapable, imposé par la réaction, de Desgenettes, qui non seulement fut un crâne, mais encore un savant, de Royer-Collard auquel la maladie ne permit pas de donner tout ce dont il était capable. Arrivant au dernier titulaire, M. Landouzy, aux applaudissements de tous, a montré que nulle carrière n'avait été mieux remplie que celle parcourue par M. Bouchardat, dont les œuvres ont obtenu un si grand et si légitime succès parce qu'elles étaient toutes écrites avec un esprit d'analyse ouvert à toutes les idées nouvelles, mûrement réfléchies. C'est que l'hygiène ne doit plus être comme à son aurore, théosophique avec Moïse ou militante avec Lygurgue ; elle doit, pour devenir une science exacte, s'appuyer sur l'étude des causes, et s'efforcer en ce qui regarde les maladies infectieuses, d'aller détruire le germe jusque dans ses racines. Est-ce que les grands hygiénistes de notre époque ne s'appellent pas Maillot, Alphonse Guérin, Villemin, Lister et Pasteur? C'est en adoptant leurs doctrines, c'est en se guidant sur leurs découvertes et les corollaires qui en découlent que M. Landouzy espère mener à bonne fin la tâche qui lui a été confiée. Aussi bien, le sillon si fécond qui détruira, en les jetant au grand jour, tous les germes des maladies infectieuses n'est-il qu'entr'ouvert. Il reste encore beaucoup à créer, la dernière épidémie cholérique nous l'a cruellement appris en nous montrant que toujours, sans qu'on parût s'en soucier, les mêmes quartiers payaient le plus lourd impôt à toutes les contagions. Il reste beaucoup à faire et les progrès sont lents ; pour n'en citer qu'un exemple, dit M. Landouzy, pourquoi tarde-t-on si longtemps à installer ce *musée d'hygiène*, voté par le Conseil municipal sur la proposition de M. Bourneville et dont les collections déjà réunies, après avoir figuré avec honneur dans plusieurs expositions étrangères, sont rentrées dans un oubli poudreux si elles n'ont pas été égarées.

Nous ne pouvons en dire davantage sur cette belle leçon où les faits, avec leur juste appréciation, se sont pressés nombreux, fertiles en justes déductions. Quoi qu'il arrive, avec M. Landouzy, l'enseignement de l'hygiène est hautement assuré, pour cette année, à la Faculté de Paris.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 30 mars 1885. — Présidence de M. Bouley.

M. Vulpian apporte les résultats d'expériences relatives aux phénomènes qui se produisent dans le domaine de *la vie organique pendant les attaques d'épilepsie*. Ces attaques ont été produites chez le chien par l'excitation de certains points de gyrus sygmoïde : elles ont provoqué un ralentissement des mouvements du cœur et du rythme respiratoire, quelques secondes après leur début. Ces modifications de la respiration, lesquelles peuvent aller jusqu'à l'arrêt complet, sont dues à une excitation particulière du centre respiratoire, analogue à celle que produit la faradisation du bout central du pneumo-gastrique ou du laryngé supérieur. Il se produit une salivation exagérée pendant les attaques épileptiques chez le chien comme chez l'homme. L'excrétion de la bile est aussi plus abondante ; au contraire, il y a arrêt de la sécrétion rénale.

Chez un animal curarisé, on peut provoquer des attaques épileptiques confinées dans le domaine de la vie organique. Les phénomènes observés ne diffèrent pas de ceux

(1) M. Lailler mérite une place d'honneur parmi les créateurs du musée de Saint-Louis ; c'est lui du reste qui a découvert Baretta, l'artiste qui a signé la plupart des chefs-d'œuvres exposés dans les vitrines de ce musée.

gue l'on constate dans ce domaine pendant les attaques ordinaires d'épilepsie. Après la paralysie des nerfs moteurs de la vie animale, la persistance de l'action des nerfs moteurs de la vie organique et des nerfs sécrétoires permet aux excitations des centres nerveux de se traduire encore par des modifications des mouvements du cœur, par des resserrements ou des dilatations des vaisseaux et des pupilles, par des contractions de la tunique musculaire du canal digestif et de la vessie. par des troubles sécrétoires, etc. etc.

M Beaunis a étudié, avec le myographe de Marey, les *contractions simultanées des muscles antagonistes.* Les résultats obtenus apportent la vérification expérimentale d'une opinion autrefois émise par Winslow et développée depuis par Duchenne, de Boulogne. Ils prouvent que ces muscles n'agissent pas uniquement, comme on l'admet d'ordinaire, par leur tonicité seule ; mais que, en réalité, leur intervention dans les mouvements est beaucoup plus directe, le mouvement total n'étant que la résultante des actions qui se passent dans les muscles antagonistes.

MM. Pouchet et de Guerne envoient une note sur la faune pélagique de la Mer Baltique et du Golfe de Finlande, telle qu'ils ont pu la déterminer d'après des échantillons recueillis par M. le prince de Monaco. Paul Loye.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 18 *avril* 1885. — Présidence de M. Hanot.

M. Brown-Séquard, à propos de la communication de M. Féré, dit que chez les individus adonnés aux travaux intellectuels l'exercice favorise beaucoup le développement des muscles et qu'il faut tenir compte de ce facteur dans les mensurations.

Poursuivant le cours de ses recherches sur l'inhibition et la dynamogénie, M. Brown-Séquard expose, à propos du transfert de l'anesthésie, que, si la destruction de la capsule interne dans la région lenticulo-optique donne lieu à une hémianesthésie du côté opposé, c'est que la cause a agi en produisant une irritation qui a elle-même produit l'inhibition. En effet, si l'on fait une hémisection de la moelle du côté anesthésié. on voit bientôt l'hyperesthésie succéder à la perte de la sensibilité.

MM. Gley et Ch. Richet ont étudié la sensibilité gustative des principaux alcaloïdes en employant la même quantité volumétrique de chacun d'eux et en agissant à des intervalles tels que la sensation antérieure fût complètement éteinte. Parmi ces substances, la strychnine est celle qui jouit des propriétés gustatives les plus accentuées, puisque la sensation se produit à la dose de un 8/10000e. Ils formulent les conclusions suivantes : que la dose minima varie beaucoup suivant les divers corps : qu'il n'existe pas de rapports entre l'amertume et la toxicité; que la sensibilité gustative est très variable non seulement chez les diverses personnes, mais encore chez les mêmes individus à des moments différents.

M. Laborde dépose une note de M. Ch. Richet. dans laquelle cet auteur conclut que l'élévation de la température augmente la toxicité des corps.

M. Laborde a expérimenté, comme anesthésiques, la théine et la caféine, qui présentent la même constitution chimique que la cocaïne. Il n'a pas observé de phénomènes d'anesthésie locale. Du reste, la cocaïne neutre et amorphe, de même que la cocaïne liquide. ne produisent aucun des effets de la cocaïne cristallisée. N'y a-t-il pas là une nouvelle confirmation de cette loi de physiologie que des substances différentes. bien que possédant la même constitution chimique, ont une action physiologique non identique?

M. Rabuteau fait des réserves au point de vue de l'identité de constitution de tous ces corps. Il communiquera ultérieurement le résultat de ses recherches sur ce sujet.

En étudiant l'*indium*, il a pu vérifier à nouveau la loi qu'il a établie : qu'un corps est d'autant plus toxique que son poids atomique est moins élevé.

M d'Arsonval expose la théorie d'un appareil électrique qui permettra de mesurer *exactement* l'énergie des excitations électriques des muscles et des nerfs.

M. Beauregard, en étudiant la structure des ailes des insectes vésicants, a été frappé de la mollesse de ces téguments. Ses recherches histologiques lui ont démontré que, outre le peu d'épaisseur de leur couche chitineuse, ces organes étaient très mal dotés au point de vue du système des piliers de soutènement chitineux dont il est le premier à signaler l'importance et le complet agencement.

M. Pouchet dépose, de la part de M. Tourneux, une note sur le développement de l'épithélium et des glandes du larynx chez l'homme.

M. Strauss présente à la Société la thèse de M. Charrin, sur une nouvelle *septicémie expérimentale*, et insiste sur l'importance de cet intéressant mémoire.

M. Ch. Féré, dans une communication ayant pour titre *névropathie et dynamogénie*, revient sur les faits qu'il a signalés dans la dernière séance. Il insiste en particulier sur les expériences faites sur des névropathes qui offrent les phénomènes signalés avec un grossissement considérable. M. Féré indique l'existence, chez certains sujets, de *zones dynamogènes.* L'excitation de certaines zones érogènes déterminent une exagération de la force dynamométrique. Les zones hystérogènes peuvent manifester une action dynamogène sous l'influence d'une excitation faible. L'action dynamogène et l'action spasmogène peuvent donc être considérées comme deux degrés d'une même propriété. On peut en tirer des déductions intéressantes au point de vue du rôle pathogénique des excitations intellectuelles répétées. Gilles de la Tourette.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 21 *avril* 1885. — Présidence de M. Bergeron.

Election d'un membre associé national. — Votants, 67; majorité, 34. Au premier tour de scrutin, M. Denucé (de Bordeaux) est élu par 45 voix contre 17 données à M. Desgranges (de Lyon) et 5 à M. Tholozan (de Téhéran).

M. Foville fait une communication relative aux *dispensaires pour enfants malades.* A la suite d'une enquête sur les divers dispensaires qui ont été établis en France depuis quelques années, M. Foville proclame le bien-fondé de ces institutions et déclare que les résultats obtenus sont de la plus haute importance. Le premier de ces dispensaires a été créé par le Dr Gibert (du Havre). Depuis, sept dispensaires ont été installés en France, conformément au type adopté par M. Gibert: et quatre ont été créés à l'étranger. A Paris, trois de ces établissements fonctionnent régulièrement : l'un est situé rue Jean-Lantier et placé sous la direction de MM. Dubrisay et Paul Richard : le deuxième, rue de Crimée. où le service journalier est fait par M. Comby; le troisième, rue d'Alésia, a été créé au mois d'août 1884 par Mme Furtado-Heine.

M. Hervieux fait une communication sur l'*érysipèle et les pansements antiseptiques.* L'érysipèle peut être considéré comme une des manifestations de la septicémie, et réciproquement. S'il est un fait incontestable, c'est que la septicémie puerpérale ne diffère en rien de la septicémie chirurgicale : c'est une seule et même maladie provoquée par les mêmes agents. Il y a identité de nature entre l'érysipèle et la septicémie, et l'érysipèle peut engendrer par contagion la septicémie chirurgicale, tout comme la septicémie chirurgicale peut engendrer l'érysipèle par le même procédé. Dans ces conditions, les médecins, les chirurgiens et les accoucheurs doivent adopter les mêmes mesures préservatrices.

M. Trélat fait observer que si le désaccord subsiste sur la pathogénie de l'érysipèle, tout le monde se trouve d'accord pour reconnaître que l'introduction des méthodes antiseptiques a fait disparaître la septicémie, et a singulièrement diminué la fréquence et la gravité des érysipèles. Cette atténuation de l'érysipèle ne l'est pas au même degré pour chaque chirurgien en particulier.

Cette différence tient à ce que les chirurgiens n'appliquent pas l'antisepsie de la même manière: les uns enlèvent par des lavages répétés toutes les matières placées à la surface des plaies et susceptibles de devenir septiques: les autres cherchent à clore les plaies à l'aide d'agents antiseptiques qu'ils laisseront en place le plus longtemps possible. M Trélat n'hésite pas à adopter la pratique de ces derniers. C'est celle de M. Alphonse Guérin, et elle lui a donné les résultats les plus fructueux. En somme, toutes les précautions antiseptiques sont des précautions contre l'érysipèle: mais avec les pansements antiseptiques variés, ces précautions sont très efficaces; elles le sont moins avec les pansements antiseptiques fréquents.

M. Th. Anger présente un malade atteint d'un *anévrysme artério-veineux*, à la suite d'un coup de couteau dans la cuisse. Ce malade fut traité par l'ouverture du sac avec ligature de l'artère et de la veine fémorales.

L'Académie se constitue en comité secret à l'effet d'entendre la lecture du *rapport* de M. Peter, sur les titres des candidats à une place de correspondant national. La commission presente en première ligne, M. Mignet (de Chantelle); en deuxième ligne, M. Rollet (de Lyon); en troisième ligne, M. Feltz (de Nancy). A. Josias.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 10 *avril* 1885. — Présidence de M. Vidal.

Le nouveau président de la Société médicale des hôpitaux, M. Vidal, préside la séance pour la première fois.

M. Lépine lit un travail sur la *gastroxie*, maladie qui consiste principalement dans des douleurs de l'estomac, accompagnées de vomissements acides. Le sujet, observé par le professeur Lépine, rentrait parfaitement dans le cadre de cette affection décrite par Rossbach. Nous avons observé autrefois dans le service de M. Proust un malade qui présentait les mêmes phénomènes, mais chez lequel l'acidité des matières vomies ne fut pas recherchée. Ces crises douloureuses rappellent par leurs caractères principaux de véritables gastralgies tabétiques. C'est une névrose qu'on peut rapprocher de la migraine.

M. Huchard présente une note sur l'action de l'*antipyrine*; ce médicament antithermique puissant n'est pas sans offrir de sérieux dangers, car s'il abaisse la température, il a aussi une action toxique dont on doit grandement tenir compte. En visant exclusivement l'hyperthermie, on risquerait d'*abattre le patient*.

M. Desplats adresse un mémoire sur l'*atrophie des muscles de l'épaule et du thorax chez les pleurétiques*.

M. Rondot envoie une note sur l'*ictère grave sporadique*.

M. Kelsch fait, au nom de M. Kiener, une communication sur la *fièvre éphémère*. J. C.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 15 *avril* 1885. — Présidence de M. Horteloup.

M. Terrillon fait un rapport sur un travail de M. Kirmisson. Dans ce travail, basé sur deux restaurations heureuses du périnée par la méthode d'Emmet, M. Kirmisson insiste sur la nécessité de ne point trop serrer le fil inférieur, dont le rôle est de rapprocher les deux segments du sphincter. M. le rapporteur ne peut pas être de cet avis, car il a pu s'ass rer au cours de neuf restaurations du périnée que l'éperon formé par le rapprochement du sphincter ne tardait pas à disparaître, tandis que lorsqu'on serrait médiocrement le fil pour éviter cet éperon, il arrivait souvent que les opérés, tout en guérissant, ne gardaient plus les matières ni les gaz. En conséquence, M Terrillon pense qu'il est nécessaire de serrer ce fil inférieur. M. Terrillon insiste encore sur la nécessité de remplacer la suture simple à points séparés par une suture enchevillée, dont les fils vont se fixer sur deux tubes de plomb; dans les cas où la cloison est rompue à une grande profondeur; ce procédé a l'avantage de donner un point d'appui à la suture.

M. Trélat rappelle qu'il a, à plusieurs reprises, insisté sur les mêmes points, mais en concluant d'une façon différente. Il fait remarquer que lorsqu'on fait une suture enchevillée, pratique qu'il a essayée et abandonnée, on ne peut plus dire que l'opération a été faite par la méthode d'Emmet, dont le principe est d'attirer et de réunir en bourse par des points de suture séparés, noués ou tordus. C'est à ce dernier procédé que M. Trélat s'est rattaché, et il lui doit de beaux succès.

M. Verneuil, qui a imaginé et mis en pratique avec succès un procédé qui avait le tort de demander beaucoup de temps et beaucoup de points de sutures, a essayé dernièrement le procédé d'Emmet; il déclare que ce dernier procédé est excellent, simple et facile, et que désormais il y aura recours.

M. M. Sée exposera dans la prochaine séance le procédé qu'il emploie et qui diffère beaucoup de ceux dont il vient d'être question.

M. Terrillon se défend de l'accusation d'altérer le procédé d'Emmet en y introduisant la suture enchevillée.

M. Trélat résume en disant que l'on peut réussir par des procédés divers, pourvu que l'on obtienne l'affrontement parfait d'une plaie absolument antiseptique.

M. Schwartz lit un travail intitulé: *Quelques considérations sur la périnéorrhaphie.*

M. Humbert lit un mémoire sur la désarticulation du coude, avec résection de la trochlée et du condyle; il a employé ce procédé dans deux cas où il ne restait pas assez de peau pour recouvrir toute l'extrémité inférieure de l'humérus, et il a pu ainsi conserver au blessé l'épitrochlée et l'épicondyle, si nécessaires pour l'application de l'appareil prothétique.

Au cours de la séance, une commission a été nommée pour l'examen des titres des candidats au titre de membre titulaire; ont été élus MM. Bouilly, Ledentu et Reclus.

M. Delens présente un jeune homme de 16 ans, auquel il a fait l'ostéoclasie pour un genu valgum double; le résultat est excellent; l'appareil employé a été celui de M. Collin. P. Poirier.

Séance du 22 *avril* 1885. — Présidence de M. Duplay.

M. M. Sée entretient la Société des modifications qu'il a apportées dans le manuel opératoire et le pansement des périnéorrhaphies. M M. Sée avive en taillant un lambeau triangulaire; il a recours à la suture profonde enchevillée et à un pansement antiseptique permanent, maintenu par un bandage élastique.

M. Polaillon ménage aussi, en avivant, deux lambeaux latéraux triangulaires, qu'il réunit sur la partie médiane pour reconstituer la paroi inférieure du vagin: ensuite, il achève comme dans le procédé d'Emmet; il fait cependant observer qu'il est impossible, quand la déchirure est très profonde, de placer le fil à la manière d'Emmet et qu'on est alors obligé de le faire sortir dans la partie la plus profonde de la plaie, pour le conduire ensuite sous la lèvre opposée par un trajet symétrique.

M. Trélat croit que dans ces cas de déchirure très profonde, alors que le passage du fil à la façon d Emmet est très difficile ou impossible, il est sage d aviver et de réunir d'abord la partie la plus profonde de la déchirure pour achever après suivant le procédé ordinaire. Il ne lui semble pas que les lambeaux puissent rendre de grands services, car ils sont taillés dans un tissu cicatriciel.

M. M. Sée ne fronce pas les parties avivées, mais il les accole; il conteste que les lambeaux soient taillés dans un tissu cicatriciel, car la cicatrice, ordinairement très petite, est au-dessous du sommet du lambeau.

M. Trélat maintient ce qu'il a dit sur l'étendue de la cicatrice.

M. Bouilly fait un rapport sur une observation d'injection uréthrale de cocaïne pour faciliter le cathétérisme; cette observation, adressée à la Société par M. Grynfeld

(de Montpellier), montre que l'anesthésie peut être obtenue par une injection à 2 0/0, que cette anesthésie persiste pendant un certain temps et facilite singulièrement le cathétérisme. Grâce à ce moyen, on pourra savoir quel élément joue la douleur dans la pathogénie des accès de fièvre urineuse; M. Grynfeld incline à croire que cette dernière est diminuée par l'injection de cocaïne.

M. Nicaise exprime certaines réserves sur l'action anesthésiante de la cocaïne appliquée à d'autres muqueuses que la muqueuse oculaire.

M. Terrillon communique la fin d'une observation de mal perforant *palmaire*, dont il a déjà entretenu la Société. Le malade a été opéré; l'examen de la pièce a montré des lésions identiques à celles du mal perforant au pied.

M. Poncet rappelle qu'il a observé et publié plusieurs cas de ce genre.

M. Nicaise ne croit pas qu'on puisse assimiler les troubles trophiques observés à la main au mal perforant. Ce dernier atrophie et perfore, tandis que dans les troubles trophiques on trouve une hypertrophie du derme.

M. Terrillon reconnaît qu'il y a atrophie, puisqu'il y a perforation, mais qu'autour de cette perforation on observe toujours l'hypertrophie du derme.

M. Bousquet lit un travail *sur l'arthrite blennorrhagique suraiguë*.

M. Kirmisson lit un travail sur l'*extirpation des tumeurs du triangle de Scarpa*.

M. Horteloup présente un sarcome sous-cutané de la joue qu'il a enlevé ce matin sur un sujet de 40 ans.

M. Verneuil a observé un fibrome de la même région, développé au-dessous de la cicatrice d'un épithélioma opéré deux ans avant.

M. Polaillon présente un kyste du parovarium.

P. Poirier.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OTOLOGIE ET DE LARYNGOLOGIE.

Séances des 2, 3 et 4 avril 1885.

M. Noquet rapporte un cas de *Syphilides papulo-érosives hypertrophiques des conduits*, observé chez un malade atteint de syphilis depuis 6 mois et qui avait eu jadis un écoulement d'oreilles. Ces condylomes disparurent par le traitement général et auquel l'auteur joignit des injections d'eau tiède, suivies d'installations au sublimé et de cautérisations au nitrate d'argent. La guérison fut obtenue au bout de trois mois.

MM. Moure et Gellé ont vu la guérison survenir plus rapidement, peut-être en est-il ainsi quand il n'y a pas de lésion antérieure de l'oreille.

M Baratoux a remarqué que les condylomes se développaient de préférence l'été, chez des individus à sécrétion cérumineuse abondante, et chez ceux dont le conduit était mal nettoyé. Les condylomes ont leur siège habituel dans la partie du conduit qui possède des glandes. Ces tumeurs disparaissent avec des soins de propreté; si l'on veut hâter leur guérison, il faut les cautériser comme le conseille M. Besnier avec le crayon de nitrate d'argent, ou avec le nitrate acide de mercure ou encore avec les cristaux d'acide chromique.

M. Gouguenheim dit qu'il met en doute l'existence de ces condylomes, que jamais à Lourcine il n'en a observé pas plus que son successeur ou ses prédécesseurs.

M. Baratoux est surpris de cette affirmation, puisque sans citer les cas de Vidal de Cassis, de Knaff, Gruber, Wylde, Stohr, etc., il suffit d'ouvrir le traité de M. Fournier pour y lire l'observation d'un malade dont les conduits furent complètement oblitérés par des condylomes. Il existe même dans la collection particulière de M. Fournier un moulage de condylome du conduit (pièce n° 197). M. Baratoux en a encore observé un cas récent dans le service de M. Besnier.

M. Garrigou-Désarènes dit en avoir vu quatre ou cinq cas à Lourcine, dans le service de M. Péan, M. Fournier possède même un dessin des condylomes d'une de ses malades.

Corps étrangers de l'oreille. — M. Delie a eu l'occasion de retirer un ver blanc de l'oreille d'un ouvrier qui, en nettoyant un canal, s'était baissé jusqu'à effleurer l'eau. Il fut alors pris de douleurs et de sensations si pénibles dans l'oreille qu'il fut sur le point de se noyer. L'extraction du corps étranger le délivra de tous ces accidents.

Ce même auteur a vu des étourdissements et des vertiges survenir chez une personne qui en se nettoyant l'oreille, refoula un bouchon de cérumen jusqu'au tympan. Une injection d'eau tiède suffit pour le guérir.

M. Noquet présente deux corps étrangers dont l'un fut retiré par une injection de l'oreille d'une jeune fille qui l'y avait introduit en se grattant avec l'extrémité d'un porte plume. C'était une petite perle d'acier qui terminait le porte plume. L'autre corps était un grain de chapelet que l'auteur retrouva au milieu d'un bouchon de cérumen. Bien que le malade eût ce grain de chapelet dans le conduit depuis de longues années, il n'eut aucun des phénomènes douloureux ou réflexes que l'on a parfois observés dans les cas de corps étrangers de l'oreille.

M. Duhoureau (de Cauterets), a aussi extrait du conduit une larve d'insecte.

M. Menière engage les médecins à n'employer que les injections d'eau tiède dans ces cas, car comme le rappelle M. Moure, les corps étrangers ne deviennent dangereux que par les manœuvres faites pour les extraire.

M. Garrigou a eu recours à une injection par la trompe d'Eustache pour enlever l'extrémité en ivoire d'un bout de crayon qu'il avait ramolli par des intillations d'acide acétique. Le tympan était perforé.

M. Baratoux dit que ce ne sont pas les médecins qui sont appelés tout d'abord à constater la présence des corps étrangers. Les parents, puis les pharmaciens, ont la spécialité de les refouler profondément en voulant les enlever; aussi n'est-il pas rare de voir survenir des accidents graves non seulement du côté de l'oreille, mais même du côté du cerveau, comme il l'a vu ces jours derniers, à la suite de tentatives d'extraction d'un haricot où l'enfant auquel on a détruit le tympan par ces procédés conservera une surdité partielle.

M. Delie a noté que souvent les malades viennent consulter les médecins pour enlever un corps qui n'existe toujours pas.

M. Menière est alors d'avis de leur laisser croire qu'il existe et de leur en montrer un, car alors ils n'accusent pas leur médecin de ne pas l'avoir découvert.

M. Max Schæffer (de Brême), engage ses collègues à employer l'aluminium acetico-tartaricum et l'aluminium acetico-glycerinatum qui a la propriété de déterminer de la chaleur, puis de la sécheresse et enfin une sécrétion abondante de la muqueuse naso-pharyngienne. Ce médicament lui a donné d'excellents résultats pour le traitement de l'ozène.

M. Duhoureau cite l'observation d'un malade qui, atteint de phtisie laryngée, fut soumis à un traitement par les eaux de Cauterets. A la suite d'œdème on pratiqua le trachéotomie et le malade succomba quelques jours après. L'auteur insiste sur le traitement de la phthisie par les eaux sulfureuses.

M. Moure s'élève contre l'emploi de ces eaux dans la tuberculose. M. Senac-Lagrange partage l'opinion de M. Moure dans les cas de phtisie pulmonaire à forme torpide.

M. Garel a constaté une guérison de phthisie laryngée par ces eaux. M. Aysaguier ne les conseille pas dans les ulcérations tuberculeuses et M. Gouguenheim croit qu'on peut en faire usage dans la première période de la tuberculose laryngée.

M. Massei a expérimenté la cocaïne dans un cas de *chorée du larynx*. Aucun traitement n'avait pu juspu'à ce jour soulager une jeune fille de 20 ans atteinte de cette affection, bien qu'elle ait eu recours aux courants continus, aux courants faradiques, à l'hydrothérapie, à la quinine, à la belladone, au chloral, aux inhalations d'éther et aux pulvérisations de ce même liquide sur la nuque et la colonne vertébrale. Une solution de cocaïne au 1/5 amena une guérison apparente le treizième jour de son application, mais on dut continuer les applications locales car la cessation ramena les phénomènes choréiques.

M. Fauvel a vu cette maladie guérie par le changement d'air et M. Garel par la compression d'une zone située au-dessus de la clavicule. La malade de notre confrère revint quelques mois après à l'hôpital; mais cette fois la compression de la

zone sous-claviculaire ne produisit aucune amélioration de la chorée ; il dut comprimer le bord antérieur de sterno-cleïdo-mastoïdien ; la compression de cette nouvelle région n'amena le soulagement que pendant trois ou quatre mois; Depuis cette époque, aucun traitement ne put produire d'amélioration.

A propos de cette communication, M. Fauvel dit que M. Terrier vient de signaler l'emploi de la Caféine pour remplacer la cocaïne.

M. Baratoux a expérimenté l'emploi du citrate de caféine il y a six mois, mais il ne croit pas qu'il puisse détrôner la cocaïne, car il lui est bien inférieur comme anesthésique pour le larynx du moins ; de plus certains malades atteints d'ulcération tuberculeuses ne se sont pas bien trouvés de l'application de ce sel en solution au $\frac{1}{20}$ et au $\frac{1}{10}$.

M. Urban Pritchard (de Londres), montre à la Société une série de préparations du limaçon qui montrent nettement le développement des organes de Corti. J. Baratoux.

REVUE D'HYDROLOGIE

I. Creuznach. Etudes médicales sur ses eaux chlorurées, iodo-bromurées, par le Dr Deneffe.
II. De l'action physiologique et thérapeutique des eaux minérales de Saint-Alban, par le Dr Servajan.
III. Seize années de pratique médicale à Contrexéville, par le Dr Debout d'Estrées.
IV. Des avantages de l'hydrothérapie hivernale avec observations à l'appui, par le Dr E. Duval.

I. « A Son Altesse madame la Princesse Impériale d'Allemagne », telle est la dédicace de la brochure du Dr Deneffe. Un pareil ouvrage n'était assurément pas destiné à un Français.

Dans la première partie, l'auteur vise à la poésie. On voit qu'il s'est bourré jadis de littérature, et que cette littérature d'écolier n'est pas encore digérée. Qu'on en juge plutôt par les citations suivantes : « C'étaient les pinsons, les fauvettes, les rossignols et tous les chantres ailés de la forêt qui gazouillaient sous la feuillée, emplissant l'air de leur folle gaieté. Et sur ce babil ravissant de petits troubadours emplumés brodaient leurs ballades d'amour, et les merles égrenaient, comme des éclats de rire, leurs notes cristallines. » — Plus loin : « Des pigeons au plumage chatoyant s'abattent à chaque instant à vos pieds, cherchant entre les pavés des grains que des mains amies ne leur marchandent point. » — Quelques pages après : « Quels beaux bœufs ! vous les diriez sculptés par quelque maître antique. Tous revêtus d'une robe rousse, le front orné de longues cornes recourbées, ils s'avancent graves et majestueux, vous regardant de leurs grands yeux doux et mélancoliques. » — Quel heureux pays, ce Creuznach, il possède tout : agrément et richesse. — On dirait le paradis terrestre.

Avec le Rhingraftein arrive la note historique. Elle n'est pas gaie pour nous. Les Français y sont représentés comme des pillards et des barbares (!!). Qu'on se reporte plutôt aux pages 54 et 55. Un tel langage est indigne d'un homme qui s'occupe de science.

Dans la dernière partie de sa brochure, M. Deneffe étudie la pathologie de Creuznach. Elle est riche, nous dit-il, toutes les maladies y guérissent. Il n'y a que l'orgueil et la vanité qui y soient incurables.

II. En publiant un résumé succinct et clair de la médication albanaise, M. Servajan a voulu épargner au praticien une lecture longue et ennuyeuse. Il a pleinement réussi. Les indications sont faciles à établir; on peut les résumer en quelques lignes. Les Eaux de Saint-Alban conviennent dans toutes les affections où Vichy et Vals échouent. Ces deux importantes stations, on le sait, ne donnent que des résultats négatifs ou nocifs, toutes les fois que prédomine l'élément névropathique. Les hystéries, même peu prononcées, se trouvent mal d'une cure alcaline forte, tandis qu'elles supportent à merveille celle de Saint-Alban. Aussi ne doit-on pas être surpris quand on voit nos Eaux du Forez triompher des vieilles gastralgies et des dyspepsies douloureuses rebelles.

Le traitement des maladies de l'utérus est la caractéristique de la cure albanaise : elle donne les meilleurs résultats dans la stérilité, l'engorgement utérin, la puberté, l'âge critique, dans la dysménorrhée. A ce titre, Saint-Alban constitue pour Saint-Sauveur une rivale redoutable. — S'appuyant sur l'autorité de Nepple et sur les observations recueillies par le Dr Cartier (de Roanne), M. Servajan prescrit largement l'Eau de Saint-Alban dans les maladies des reins et de la vessie. La boisson ne suffit pas toujours à calmer les douleurs lombaires, on est obligé d'employer simultanément les bains minéraux. Les effets diurétiques puissants de cette médication combinée produisent généralement les meilleurs résultats dans la néphrite chronique, ou la cystite de même nature. Contrexéville et Capvern ne sont pas préférables.

III. Il est superflu de rappeler les avantages de Contrexéville dans la gravelle, le catarrhe vésical — ils sont connus de tous. — C'est donc avec raison que M. Debout d'Estrées n'insiste pas sur ce point. Mais, s'appuyant sur les propriétés physiologiques constatées par Civiale « que l'eau de Contrexéville a la faculté de ranimer la contractilité vésicale », il a obtenu des succès nombreux dans l'incontinence essentielle d'urine. Deux éléments sont en jeu dans cette affection ; tantôt elle est due à une irritabilité excessive de la vessie, avec augmentation de la force expulsive: tantôt, au contraire, elle est occasionnée par un défaut de contractilité de cet organe. Dans le premier cas, Trousseau préconisait la belladone à doses progressives, et sa méthode jouit encore de la confiance générale. Dans le second cas, on s'adresse à la strychnine, l'ergotine, l'eau froide. l'électricité. C'est à cette seconde variété que convient par excellence le traitement hydro-minéral de Contrexéville, quand la médication ordinaire a échoué.

Cependant, chez les enfants atteints d'incontinence essentielle d'urine, il arrive fréquemment que la belladone ne réussit qu'incomplètement ou même pas du tout, on recourt alors au bromure de potassium qui ne produit pas de meilleur résultat. Dans ces cas insolites, Contrexéville semble avantageux. C'est ainsi que dans treize cas traités par M. Debout d'Estrées, il enregistra dix guérisons et seulement trois insuccès. C'est une statistique encourageante, mais je suis encore à me demander comment, dans cette affection, agit l'eau de Contrexéville; l'avenir, espérons-le, résoudra ce problème.

IV. M. Duval est un admirateur fervent de la méthode de Priessnitz. On sait comment procédait l'inventeur de l'hydrothérapie. Les baraques où il administrait les douches se trouvaient à un kilomètre des maisons d'habitation, dans les montagnes de la Silésie; elles étaient construites en planches et étaient à peine closes. Celles où s'habillaient et se déshabillaient les hommes n'étaient pas couvertes. Dès cinq heures du matin, quelque temps qu'il fît, les femmes les plus délicates se rendaient à pied au sommet de la montagne, s'exposaient le corps nu à l'action de la douche, dont l'eau était de quelques degrés seulement au-dessus de zéro. Aussitôt habillées, elles faisaient dans les bois de pins qui couvrent la montagne une promenade la plus rapide possible et redescendaient au village. Elles recommençaient le soir le même exercice. Sans être allé jusque-là, notre confrère avoue que dans les trois premières années de sa pratique il s'est abstenu de faire du feu dans sa salle de douches et dans les cabinets de toilette de son établissement. Jamais il n'en est résulté le moindre inconvénient, il a obtenu au contraire les cures les plus remarquables. Si depuis il a changé de manière de faire, c'est pour transiger avec les préjugés du public, c'est pour satisfaire aux exigences des confrères. A notre avis, c'est pousser trop loin la condescendance.

M. Duval est un adversaire déclaré de la méthode de Fleury. Pour lui, l'hydrothérapie hivernale est supérieure en beaux résultats à celle de l'été, et si l'hydrothérapeute n'était pas guidé par des considérations autres que celles de la science,

il ne chaufferait ni ses douches, ni ses cabinets. A l'appui de son dire, il rapporte 37 observations, suivies de guérison ou d'amélioration par l'hydrothérapie hivernale. Nous ne discuterons pas la valeur de ces faits dans leur ensemble ; toutefois nous émettrons un doute à l'occasion des observations XIV. XXXI, XXXIII. Dans la première, il s'agit d'une goutte datant de quinze ans à accès répétés, guérie en deux mois par l'hydrothérapie ; dans la deuxième, il est question d'un malade qui, depuis vingt ans, souffrait de rhumatisme et qui avait parcouru sans succès toutes les stations thermales en renom ; après six semaines d'hydrothérapie, il quittait l'établissement en parfaite santé ; enfin, dans la troisième, c'est un cas de rhumatisme chronique, disparaissant rapidement sous l'influence de l'hydrothérapie hivernale. La goutte, le rhumatisme étant des maladies difficilement curables, il est à craindre que M. Duval n'ait pris une rémission pour une guérison radicale.

BIBLIOGRAPHIE

Traité de la goutte de Sydenham, traduit et annoté par le Dr Tartenson.— Paris, 1885. J.-B. Baillière et fils, éditeurs.

Cette brochure est une traduction de Sydenham augmentée de notes dans le texte dues à M. Tartenson. Nous n'approuvons pas du tout cette manière de procéder, on devrait avoir un plus grand respect pour les hommes de génie et pour leurs œuvres. C'est me gâter Sydenham et m'en rendre la lecture pénible que d'y mêler les observations de M. Tartenson ou de tout autre praticien. Lasègue, qui n'était pas le premier venu, s'est contenté de traduire respectueusement Sydenham sans y ajouter un mot de son crû. Voilà un exemple que M. Tartenson aurait pu suivre !

Traité de thermométrie médicale, par le Dr Redard (Paris 1885. J.B. Baillière et fils éditeurs).

M. Redard qui, dès le début de son internat chez Demarquay, avait eu l'occasion d'étudier les algidités traumatiques nous donne aujourd'hui un traité complet, un véritable compendium de thermométrie clinique Si toutes les parties de ce travail considérable ne sont pas fouillées comme elles pourraient l'être et comme quelques-unes l'ont été par certains auteurs (Wunderlich, Bourneville), on peut dire que toutes les têtes de chapitre sont inscrites et que des renseignements bibliographiques très complets viennent suppléer à l'insuffisance de certaines parties. Le lecteur pourra donc toujours remonter aux sources quand l'importance du sujet l'exigera.

Recherches sur le développement du squelette des extrémités et sur les productions cornées chez les mammifères; par le Dr E. Retterer. — Paris. F. Alcan, 256 pages.

Les travaux d'anatomie comparée sont devenus tellement rares en France que nous ne nous rappelons pas d'avoir eu l'occasion de signaler l'apparition d'un ouvrage sur cette partie de la science. M. Retterer présente dans son livre les résultats de ses propres recherches. Ses observations sont très nombreuses et très intéressantes : elles sont, il est vrai, fort souvent en contradiction avec les théories à la mode ; mais les documents sont si bien établis que l'on pardonne volontiers à l'auteur de ne faire aucune concession au goût du jour. P. L.

VARIA

Troubles à la Faculté de médecine de Montpellier.

Le *Petit Méridional* du 17 avril expose les faits ainsi qu'il suit :

« On sait qu'à l'occasion de l'épidémie cholérique de l'année dernière, M. Benoît, doyen de la Faculté de médecine de Montpellier, a été promu officier de la Légion d'honneur : MM. les professeurs Estor et Lannegrace, qui, dès les premiers jours, étaient partis pour Toulon à la tête d'un groupe d'étudiants en médecine, n'ont obtenu qu'une médaille en or.

« Nous avons donné notre appréciation sur ces récompenses, et principalement sur le cas de M. Estor, qu'un de ses fils accompagnait à Toulon et dont un autre fils s'est dévoué à Marseille pendant l'épidémie cholérique.

« Les étudiants de Montpellier ont pensé, comme nous, que tous les dévouements n'avaient pas été équitablement récompensés. Ils cherchaient, depuis quelques jours, une occasion de protester contre la distribution des récompenses ; cette occasion s'est présentée, hier, dans les circonstances suivantes :

« Hier, mercredi, à midi, devait avoir lieu l'installation solennelle de M. Dumas, récemment nommé professeur à la Faculté de médecine de Montpellier. Aussitôt après le discours de M. Dumas, M. Benoît, doyen, a voulu prononcer quelques paroles ; il a été interrompu par des cris poussés par les étudiants qui assistaient à la séance. M. Benoit a aussitôt donné l'ordre de fermer la porte de la salle dans laquelle se trouvaient les étudiants, mais ceux-ci s'y sont opposés en criant : « *Démission ! Démission !* » M. Benoît a essayé alors de donner quelques explications en disant qu'il avait déjà protesté contre l'oubli dont M. Estor avait été victime ; on lui a répondu que cette protestation, dans tous les cas, n'avait pas été faite publiquement.

« M. Benoît s'est alors retiré, mais les étudiants l'ont attendu jusqu'à 4 heures et demie. A ce moment, M. Benoît a renouvelé ses protestations, en ajoutant qu'il avait été décoré non pas seulement pour services rendus pendant le choléra, mais pour services rendus depuis 45 ans. Un étudiant l'a interrompu en disant qu'il aurait dû protester, par sa démission, contre les récompenses accordées par le ministère....

« A 3 heures de l'après-midi, M. Estor, qui n'assistait pas à l'installation de M. Dumas, son neveu, est venu, comme tous les jours, à son laboratoire. Les étudiants l'ont accueilli aux cris de : « Vive Estor ! » Ce n'est que vers cinq heures moins le quart que le doyen, M. Benoît, s'est retiré en disant qu'il donnerait sa démission, mais qu'il ne voulait pas, pour le moment céder aux injonctions des étudiants M. Benoit a seulement demandé qu'on ne l'accompagnât pas au dehors : « Au-dehors, a répondu un étudiant, vous êtes « M. Benoit ; ici, vous êtes M. le doyen et c'est à M. le doyen que « nous nous adressons. »

« Tels sont les faits qui se sont passés, hier, à la Faculté de médecine de Montpellier.

« Nous nous bornons, pour aujourd'hui, à un simple récit, mais il nous est impossible de ne pas relever une des paroles prononcées, hier, par M. Benoît S'il est vrai que M. Benoît ait protesté auprès de qui de droit contre la disproportion des récompenses accordées aux professeurs de notre Faculté, pourquoi cette protestation n'a-t-elle pas été rendue publique ? Pourquoi n'a-t-elle pas été communiquée à la presse ? La publicité donnée à cette protestation eût probablement empêché le conflit qui s'est produit hier. »

Dans son numéro du 18 avril, le même journal raconte que le 16, de même que le 15, les cours n'ont pu avoir lieu, les professeurs ayant été accueillis par des applaudissements si bruyants et si continus qu'ils ont dû renoncer à la parole. Les étudiants ont déclaré qu'ils s'opposeraient à la reprise des cours jusqu'à ce qu'ils aient obtenu satisfaction par la retraite du doyen. Vers dix heures du matin (17 avril) les étudiants ont aperçu M. Benoît sortant du secrétariat, aussitôt les cris : *Démission ! Démission !* ont retenti.

Au dernier moment, nous apprenons, de source autorisée, que M Benoît a donné officiellement sa démission de doyen de la Faculté de médecine de Montpellier On nous assure que M. Benoit a demandé, en même temps, sa mise à la retraite comme professeur. Quoiqu'il en soit, M le recteur de l'Académie a informé hier soir M. le professeur Grasset premier assesseur, qu'il remplirait provisoirement les fonctions de doyen, à partir d'aujourd'hui, jusqu'à la nomination définitive d'un nouveau doyen. L'avis annonçant, par ordre ministériel, la fermeture de la Faculté venait d'être placardé avec les signatures du recteur et du secrétaire de l'Académie. Le doyen provisoire n'avait pas été consulté avant l'affichage de l'avis, et, froissé de ce procédé, il a immédiatement envoyé sa démission. La Faculté de Montpellier n'a donc actuellement ni doyen, ni premier assesseur. Le second assesseur est actuellement en congé régulier à Strasbourg. Nous savons que les professeurs ont blâmé la manifestation, mais qu'ils reconnaissent qu'une enquête individuelle est impossible, *tous les étudiants*, sans exception, y ayant pris part. Aucun des professeurs n'a défendu le doyen. *L'opinion toute entière est avec les étudiants.*

L'*Eclair* (de Montpellier), journal réactionnaire, raconte les faits de la même façon et se montre comme le journal républicain favorable aux étudiants. A la suite de ces événements, et obéissant nous ne savons à quels conseils, M. le ministre de l'Instruction publique a ordonné la fermeture de la faculté. Cette mesure précipitée a été très mal accueillie par tout le monde à Montpellier. Le Doyen ayant donné sa démission, l'ordre était rétabli Nous croyons savoir, de source certaine, que M. le doyen Benoît, n'était soutenu par personne, même *parmi les professeurs.* Les journaux de Montpellier annoncent que M. Grasset, doyen provi-

soire, a donné sa demission d'assesseur puisque malgré ses avis on maintenait la fermeture de l'Ecole. Malgre son insistance, malgré les promesses du préfet, malgré un vote du conseil municipal la fermeture de l'Ecole a été maintenue jusqu'a ce jour. Nous apprenons que les professeurs ont trouvé un collegue, M. le professeur Castan, qui a accepté le décannat ; rien ne s'oppose donc plus aujourd'hui à la réouverture de la faculté. M. le ministre de l'Instruction publique n'est pas responsable des injustices commises et il est de son devoir, l'ordre étant rétabli, de donner un successeur à M. Benoit et de faire cesser une situation préjudiciable aux étudiants et à la ville de Montpellier. — Les journaux de ce matin disent que la Faculté sera réouverte lundi.

A propos de la mortalite des enfants du premier âge

Nous reproduisons, à titre de document intéressant et se rattachant à la discussion qui a eu lieu à l'Académie de médecine, l'extrait suivant d'un rapport présenté au Conseil genéral de Seine-et-Oise, par notre ami le Dr Farabeuf :

« Seine-et-Marne est un des départements de France où l'on se marie le plus, où il y a le plus d'hommes en quête de femmes et le moins de filles ou femmes libres. Les veuves y trouvent immédiatement preneurs et les filles sont à peine nubiles qu'elles sont déjà recherchées pour le mariage. Dans ces conditions, il ne faut pas s'étonner de voir une natalité illégitime modérée qui ne prouve rien du tout en faveur de la moralité.

« De ce que Seine-et-Marne a l'un des premiers rangs sous le rapport de la nuptialité, il ne s'ensuit pas qu'il donne le nombre d'enfants qu'il devrait donner pour être, sous le rapport de la natalité, dans un rang honorable. Pour 1,000 habitants, nous avons 24 naissances vivantes annuelles, tandis que la Bretagne, l'Alsace, le Nord en ont jusqu'à 34. Il est vrai que le Lot-et-Garonne, l'Orne, etc., sont des foyers encore moins productifs que notre département. Quoi qu'il en soit, notre natalité étant au-dessous de la natalité moyenne de la France, il est de toute justice que nous fassions des sacrifices d'argent pour compenser ce défaut de natalité, en diminuant la mortalité des jeunes enfants, mortalité qui augmentait chez nous d'année en année, comme dans presque tous les départements. Ne vous semble-t-il pas, Messieurs, que le service des enfants assistés devrait être à la charge de l'Etat, étant d'intérêt d'Etat ? Si la France ne veut pas disparaître, si elle veut reprendre le rang qu'elle avait il y a deux siècles, ou simplement se maintenir dans sa position relative actuelle, il faut qu'elle produise et élève des enfants. Il est donc à souhaiter que les chefs de nombreuses familles soient favorisés et subventionnés au lieu d'être écrasés par les impôts de consommation, si légers au célibataire et à l'infécond. C'est pour cela que je vous demandais s'il ne vous semblait pas équitable que le service des enfants assistés fût à la charge de l'Etat.

« Ainsi l'on verrait les départements stériles volontairement contraints de contribuer à l'éducation des enfants des départements féconds, enfants qui au point de vue patriotique, valent mieux que les économies malthusiennes des Normands et des Gascons. Ceux qui ne veulent pas faire d'enfants doivent consentir à payer ceux qui en font. Ce n'est donc pas seulement par humanité, mais aussi par une juste conception de vos devoirs patriotiques, que vous consentez chaque année à grossir le budget du sous-chapitre V.

De ces observations il résulte que :

Le *Finistère* a 600,000 habitants qui font 34 enfants par mille, soit 20,400 par an. L'*Orne* a 400.000 habitants qui font 19 enfants par mille, soit 7,600 enfants. Au taux de l'Orne, le Finistère ne pourrait faire que 11,400 enfants au lieu de 20,400 c est-à-dire 9,000 en moins, ce qui économ serait 9,000 × 4,000 (prix de revient d'un vivant de 21 ans) = 36 millions. Au taux du Finistère, l'Orne devrait faire 13,600 enfants par an, soit 6,000 en plus, c'est-à-dire une dépense de 24,000,000 de francs. Relativement au taux moyen de la France, qui est de 26 enfants par mille, le Finistère nous donne par an 1,800 enfants en plus, c'est-à-dire 19,200,000 francs, vrai cadeau patriotique. L'Orne nous donne 2,800 enfants en moins, c'est-à-dire 11,200.000 francs. Vrai rapt patriotique.

Seine-et-Marne, au taux moyen français redevrait par an 456 enfants, soit 1,800,000 francs. C'est donc une somme égale que notre département dérobe au pays chaque année. Et encore quand nous ferions cette restitution en argent ou en nature cela ne rendrait pas la natalité française suffisante. Pour la porter à l'égal de ce qu'elle est dans tous les autres pays europeens, à 35 en moyenne, nous devrions faire par an 3,450 enfants de plus, soit 12.190 au lieu de 8,740 et dépenser pour cet objet 13,800,000 francs de plus que nous ne dépensons. Les habitants des Côtes-du-Nord ont beaucoup d'enfants. ceux de l'Orne peu. En 1870, aux armées, il y avait beaucoup de Bretons et peu de Normands. Les gens des Côtes-du-Nord élevant beaucoup d'enfants restent pauvres, ceux de l'Orne s'enrichissent. En 1871, les Côtes-du-Nord n'ont pu prêter à l'Etat, n'ayant pas d'argent, l'Orne a prêté beaucoup, avantageusement. Depuis 1871, qui paie ces gros intérêts ? Les consommateurs Où sont les consommateurs ? Principalement dans les nombreuses familles des Côtes-du-Nord *Rester pauvre, se faire tuer, payer*, tel est le triple lot des départements qui font des enfants. C'est injuste et anti-national. Il n'y a plus à hésiter : la puissance relative qu'avait la France en Europe, au temps de Louis XIV, alors qu'elle possédait les $\frac{38}{100}$ de la population européenne, est tombée bien bas car l'accroissement annuel de notre population est d'une faiblesse désespérante. Il est de 3 1/2 pour 1,000, alors que celui de l'Europe centrale en bloc est 10, de la Russie 12, de l'Angleterre 13, de la Saxe 15 et des Etats-Unis, 14. Nous valions en l'année 1,700 les $\frac{38}{100}$ de l'Europe, en 1789 les $\frac{27}{100}$, en 1815 les $\frac{20}{100}$ nous ne valons plus que les $\frac{13}{100}$.

Au lieu d'élever des enfants comme notre rivale du jour, l'Allemagne; enfants qui lui coutent, mais qui augmentent singulièrement sa puissance matérielle et sa gloire intellectuelle, nous thésaurisons ; cependant nos frontières se resserrent, notre langue cesse de s'étendre, nos colonies végètent ou appellent les étrangers et nos capitaux s'accumulent pour les nombreux soldats qui déjà sont venus nous rançonner. Il n'est pas juste que le Finistère, les Côtes-du-Nord, la Loire, le Nord et quelques autres départements restent dans une pauvreté relative parce qu'ils élèvent à leurs frais un grand nombre de petits Français légitimes et illégitimes. »

Le choléra en Espagne

Les journaux ne fournissent aucun renseignement précis sur la marche du choléra. Il y aurait eu à la date du 11 avril, 3 cas suspects à Alcira.

Le 14 avril, à la Chambre des députés, le ministre de l'intérieur n'a pas dissimulé que l'épidémie de Jativa était bien le choléra ; il a en même temps déclaré que le gouvernement se proposait de prendre des mesures aussi rigoureuses qu'en 1884 pour empêcher le fléau de se propager. Plusieurs députés ont blâmé les quarantaines et les cordons sanitaires que les autorités de certaines provinces imposent aux provenances des pays contaminés. Le ministre a répondu qu'il était décidé à faire isoler les villes et les villages infectés.

Le Choléra : Récompenses.

Le *Journal Officiel* du 12 avril a publié la liste des récompenses accordées au sujet de la dernière épidémie de choléra. La longueur de l'attente a été compensee par la longueur de la liste Elle n'occupe pas, en effet, moins de 33 colonnes en petit texte de l'*Officiel*. Elle comprend : des promotions ou des nominations dans l'ordre de la Légion d'honneur, des médailles d'or de deux classes, des médailles d'argent de deux classes, des médailles de bronze et enfin des lettres de felicitations. Parmi les personnes récompensees il y a des rabbins, des pasteurs, des prêtres, des avocats, maires, sous-préfets, des religieuses, des officiers, des sapeurs-pompiers, des infirmières laïques, des instituteurs, des institutrices, etc., etc., etc. — Nous nous bornerons à mentionner les récompenses décernées à des *médecins* Encore avons-nous hésite, par suite des nombreuses protestations soulevées par l'étrange façon dont les récompenses ont été distribuées.

Le *Petit Marseillais* publie une lettre de M. le Dr ALBENOIS, adressée à l'ancien ministre de l'Intérieur, M. Waldeck-Rousseau, en lui renvoyant la médaille d'or qui lui avait été décernée à l'occasion de l'épidémie cholérique. « J'ajoute, dit-il, que je tiens essentiellement à ne pas avoir le moindre point de contact avec certains exploiteurs de la crédulité humaine ou individus tarés ayant subi des condamnations, dont les noms agrémentent la liste des récompensés de votre collègue du commerce. » MM. Pally, avoué, Gros, conseiller municipal, les Drs Giraud, Testevuide, etc., ont refusé les récompenses qui leur avaient eté décernées. Le maire de Toulon, dont la presse a été unanime à enregistrer le dévouement, a protesté énergiquement en ce qui concerne les récompenses attribuées à la ville de Toulon. Des meetings de protestations ont eu lieu. Des récompensés ont refusé leurs médailles, reconnaissant qu'ils n'étaient pas dans leur ville au moment de l'épidémie, etc., etc. Malgré ces protestations, nous croyons utile de publier les noms des médecins, espérant que de ce côté, s'il y a eu injustice dans le degré de la recompense, la récompense était méritée.

Article 1er. — Les personnes ci-après désignées, qui se sont signalées par des services exceptionnels rendus pendant la dernière épidemie cholérique, sont promues ou nommees dans l'ordre national de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur : MM. Cazelles, préfet des Bouches-du-Rhône, le Dr Brouardel, président du comité consultatif d'hygiène publique en France, membre de l'Académie de médecine. — *Au grade d'officier* : MM. Gragnon, secrétaire général de la préfecture de police ; Galtié, préfet de l'Hérault ; le Dr Proust, inspecteur général des services sanitaires, membres de l'Académie de médecine ; Velten, conseiller général des Bouches-du-Rhône, président du comité sanitaire départemental de vigilance ; le Dr Combalat, médecin des épidémies à Marseille ; le Dr Queirel, médecin

des épidémies à Marseille; le Dr Métaxas, vice-président de la commission des hospices à Marseille; le Dr Benoit, doyen de la faculté de médecine de Montpellier; le Dr Pamard, médecin des épidémies à Avignon; le comte du Tour, consul général de France à Naples. — *Au grade de chevalier* : MM. Huet, préfet des Basses-Alpes; Joucla-Pelous, préfet des Hautes-Alpes; Fauré, préfet de l'Ardèche; Paysant, préfet de l'Aude; Deffés, préfet des Pyrénées-Orientales; Laugier-Mathieu, préfet du Var; Dunaigre, préfet d'Oran; Tardy, sous-préfet d'Arles (Bouches-du-Rhône); Elisi de Saint-Albert, sous-préfet de Prades (Pyrénées-Orientales); Pluchart, inspecteur général des services administratifs au ministère de l'intérieur; Gleize, notaire aux Omergues (Basses-Alpes), président de la commission sanitaire et du comité de secours de cette commune; le Dr Benoit, médecin de l'Asile d'aliénés de Privas (Ardèche); le Dr Labrot, médecin-major de 2e classe en non-activité à Saint-Germain (Ardèche); le Dr Mayet, professeur à la faculté de médecine à Lyon, chef de la mission médicale envoyée dans l'Ardèche; Allard, maire de Marseille; Clauzel, membre de la commission des hospices de Marseille, administrateur de l'hôpital du Pharo; le Dr Nicolas Duranty, professeur à l'école de médecine de Marseille, médecin en chef des hôpitaux, chargé d'un service au Pharo; le Dr Rampal, professeur à l'école de médecine de Marseille, vice-président du conseil d'hygiène; le Dr Villard, professeur à l'école de médecine de Marseille, médecin en chef des hôpitaux, médecin-adjoint des épidémies; le Dr Trastour, médecin-adjoint des hôpitaux de Marseille, médecin de l'hôpital du Pharo; Besson, membre du conseil général des Bouches-du-Rhône, médecin à Marseille; le Dr Mireur, attaché au bureau de secours de l'hôtel de ville à Marseille; Moulin, membre du conseil municipal de Marseille, président du comité des secours; Girard-Cornillon, membre du conseil municipal de Marseille; Arghalier, membre du conseil municipal de Marseille; Gallian, commissaire central de police à Marseille; Ramagni, directeur du mont de piété de Marseille; Mermond, chef de gare à Marseille; le Dr Gay, maire d'Arles (Bouches-du-Rhône), médecin des épidémies; le Dr Bourguet, médecin des épidémies, vice-président du conseil d'hygiène à Aix (Bouches-du-Rhône); le Dr Gustiniani, directeur de la santé en Corse; le Dr Laurens, membre du conseil général de la Drome, maire de Nyons; Boyer, professeur de physique et de chimie à Nimes, membre du conseil d'hygiène de cette ville; le Dr Dussaud, médecin des épidémies à Nimes; le Dr Cambassédès, médecin des épidémies, membre du conseil d'hygiène du Vigan (Gard); Bernard, ancien interne des hôpitaux de Nîmes et de Tarascon; le Dr André, médecin en chef de l'Hôtel-Dieu de Toulouse; Wallet, chargé de la direction de la sureté générale au ministère de l'intérieur; le Dr Hamelin, professeur agrégé à la faculté de médecine de Montpellier, médecin-adjoint des épidémies; le Dr Massé, professeur agrégé à la faculté de médecine de Montpellier; Colombel, maire de Nantes; Gènevois, vice-président de la commission administrative des hospices de Nantes; le Dr Marie, président du conseil d'arrondissement de Prades (Pyrénées-Orientales), médecin des épidémies; Rocache, maire du IIe arrondissement de Paris; le Dr Foderé (Marie-Adrien), médecin du bureau de bienfaisance du VIIe arrondissement de Paris, médecin de la maison de refuge de l'avenue de Breteuil; Maillebay d'Echerac, inspecteur général des établissements de l'Assistance publique et du service des secours à domicile; Besançon, chef de division à la préfecture de police, membre et ancien secrétaire du conseil d'hygiène; Siadoux, officier de paix de la Ville de Paris; le Dr Long, médecin à l'hopital Bon-Rencontre à Toulon (Var); le Dr Perreymond, médecin à l'hôpital Bon-Rencontre à Toulon (Var); le Dr Rey-Escudier, médecin à l'hôpital Bon-Rencontre à Toulon (Var); le Dr Campagne, médecin en chef de l'Asile d'aliénes de Montdevergues (Vaucluse); Herbelin, conseiller d'arrondissement, maire de Noirmoutier (Vendée); le Dr Fonteneau, médecin en chef de l'hôpital civil d'Oran; Mme Breysse, en religion, sœur Saint-Paulin, attachée à l'hopital civil d'Oran. — MM. le Dr Mouilleron, médecin du lazaret du Fort Génois, à Bone; le Dr Jette, médecin aide-major de 1re classe aux hôpitaux de la division de Constantine, détaché au lazaret du fort Gênois à Bône.

Article 2. — Le ministre de l'Intérieur, le ministre du Commerce et le grand chancelier de l'Ordre sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret.

Fait à Paris, le 30 mars 1885, Jules GREVY.

Par le Président de la République, le ministre de l'Interieur, WALDECK-ROUSSEAU. — Le ministre du Commerce, Maurice ROUVIER. (*A suivre*).

Les poisons à la mode.

Nous ne connaissons pas tous les moutons de Panurge. Imaginez-vous que certaines gens s'amusent à s'empoisonner parce qu'à côté d'eux d'autres gens s'empoisonnent. C'est là, du moins, ce qu'un des plus aimables collaborateurs de ce journal, M. le Dr REGNARD, affirmait et prouvait récemment, dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne. Je vous avoue que le nombreux auditoire de l'*Association scientifique* paraissait complètement effrayé de ces révélations; il fallait cependant bien en reconnaître l'authenticité, car les documents étaient des mieux exposés et des mieux établis.

Voyez plutôt : sur la grande table de l'amphithéâtre est disposée une série d'écrins des plus brillants, dorés ou argentés, bronzés ou nacrés. Vous croyez très naivement être en présence d'un étalage de bijouterie : vous n'y êtes point; regardez de plus près. Vous avez devant vous une admirable collection de seringues : oui, tous ces objets brillants, dorés, ce sont des seringues à injection. Les unes sont renfermées dans de jolis porte-cigarettes, les autres sont contenues dans de charmants petits nécessaires, dans des flacons à sels, etc. Ces différents étuis servent à masquer l'instrument et la fiole. Et pourquoi cette seringue? et pourquoi cette fiole? M. Regnard nous apprend que cet outillage luxueux est destiné aux heureux du Tout-Paris qui ne peuvent plus trouver dans le théâtre, dans le jeu, dans les courses, dans les orgies, les émotions dont ils sont avides. Ce sont ces gens-là qui achètent les étuis merveilleux qui doivent leur rendre un peu d'élasticité, s'ils ne peuvent leur refriser les circonvolutions cérébrales.

Les fioles contiennent une solution de morphine; les seringues servent à injecter cette solution sous la peau. Voulez-vous savoir comment on devient morphinomane dans le grand monde? Deux amis ou deux amies se font de mutuelles confidences; l'un avoue à l'autre qu'il est las des joies habituelles, que les plaisirs les plus vifs ne lui procurent aucune réaction. L'ami répond que, lui aussi, il s'est trouvé dans cette situation désespérante, et il raconte qu'il a rencontré une consolation dans l'usage de la morphine, que l'emploi de cette drogue lui a rendu du ton, du brillant. Il n'en faut pas plus pour que l'homme blasé ou la femme nerveuse deviennent aussitôt morphinomanes. Mais, comme il faut dissimuler, comme il faut garder le sentiment de la coquetterie, on achète un de ces luxueux étuis avec la seringue en or. Aussi, alors que la modeste seringue de Pravaz coûte 6 francs, nous voyons des seringues mondaines coûter jusqu'à 350 francs; celles-ci sont d'ailleurs souvent offertes à titre de cadeau de jour de l'an ou de jour de fête. C'est avec cet instrument qu'ils portent toujours sur eux que monsieur, dans son cercle, que madame, dans sa loge à l'Opéra, cherchent à raviver leurs sensations éteintes et leurs désirs étiolés.

Au lieu des injections de morphine, d'autres prennent des inhalations d'éther: on est souvent éthéromane pour les mêmes raisons qu'on est morphinomane. C'est encore la mode, c'est la fantaisie qui provoquent ces intoxications abominables. Il y a donc, à côté des morphinomanes qui se sont peu à peu habitués au poison pour diminuer les violentes douleurs d'une gastralgie ou d'une névralgie faciale, toute une catégorie d'individus qui s'empoisonnent par simple caprice. Ceux-là sont les plagiaires des fumeurs d'opium chinois. Aussi M. Regnard divise-t-il les morphinomanes en deux groupes : les uns s'empoisonnent à la manière honnête, les autres à la manière mondaine. La facilité déplorable avec laquelle il est possible de se procurer les solutions de morphine favorise le développement de cette nouvelle maladie parmi les oisifs et les dégénérés de la haute société.

M. le Dr Regnard a très spirituellement malmené tous ces névropathes; grâce à de nombreuses projections faites à la lumière électrique, il a étalé tous leurs ridicules. Et cependant, j'ai reconnu des morphinomanes qui applaudissaient frénétiquement; c'est vous dire quel a été le succès du conférencier. Vous savez du reste que ce succès s'est affirmé depuis longtemps; ceux qui ont entendu l'histoire des sorcières se souviennent du véritable enthousiasme qu'elle souleva dans le public de la Sorbonne. Paul LOYE.

Souscription pour offrir à M. le Dr Dechambre son buste sculpté par M. Barrias.

Un comité composé de MM. Charcot, Potain, Verneuil, Hénocque, Lereboullet, Masson, Reclus, s'est constitué pour recueillir les souscriptions des amis et collaborateurs de M. Dechambre, afin d'assurer les frais de l'exécution de son buste en marbre par le

statuaire Barrias. Les souscriptions sont reçues chez M. le Dr Henocque, avenue de Villiers, 87 et à la librairie G. Masson. Les souscriptions doivent être adressées avant le 30 avril.

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 27. — Dissect. (Epreuve pratique) : MM. Beclard, Farabeuf, Rémy. — 3e *de Doctorat* : MM. Baillon, Gautier, Gebhard. — 1e *de Doctorat* : MM. Vulpian, Hayem, Straus. — 5e *de Doctorat* (N. R., 1re partie) (Charité) : MM. Trélat, Lannelongue, Pinard. — 5e *de Doctorat* (A. R.) (Charité) 1re *Série* : MM. Guyon, Fournier, Ribemont-Dessaignes ; — 2e *Série* : MM. Charcot, Tarnier, Terrillon.

MARDI 28. — Medec. oper. (Epreuve pratique) : MM. Duplay, Farabeuf, Humbert. — 1er *de Doctorat* (A. R.), oral. 1re *Série* : MM. Sappey, G. Sée, Campenon ; — 2e *Série* : MM. Le Fort, Grancher, Bouilly. — 3e *de Doctorat* (N. R., 2e partie) : MM. Peter, Bouchard, Hallopeau. — 4e *de Doctorat* (A. R.). 1re *Série* : MM. Brouardel, Jaccoud, Hanot ; — 2e *Série* : MM. Hardy, Landouzy, Debove. — 5e *de Doctorat* (A. R.) (Charité). 1re *Série* : MM. Pajot, Panas, Ravaud ; — 2e *Série* : MM. Richet, Ball, Charpentier.

MERCREDI 29. — Dissect. (Epreuve pratique) : MM. Lannelongue, Farabeuf, Reclus. — 1er *de Doctorat* (A. R.), oral : MM. Béclard, Fournier, Remy. — 2e *de Doctorat* (N. R., 1re partie) : MM. Trélat, Guyon, Pinard. — 3e *de Doctorat*. 1re *Série* : MM. Regnauld, Gariel, Blanchard ; — 2e *Série* : MM. Baillon, Gautier, Hanriot. — 5e *de Doctorat* (A. R.) (Hôtel-Dieu). 1re *Série* : MM. Verneuil, Potain, Ribemont-Dessaignes ; — 2e *Série* : MM. Hayem, Tarnier, Segond.

JEUDI 30. — Dissect. (Epreuve pratique) : MM. Sappey, Farabeuf, Richelot. — 2e *de Doctorat* (A. R., 1re partie), oral. MM. Richet, Cornil, Campenon. — 2 *de Doctorat* (N. R.), oral : MM. Hardy, Jaccoud, Humbert. — 3e *de Doctorat* (N. R., 1re partie), oral : MM. Pajot, Duplay, Bouilly. — 4e *de Doctorat* (N. R.) : MM. G. Sée, Bouchard, Quinquaud. — 4e *de Doctorat* : MM. Brouardel, Landouzy, Troisier.

VENDREDI 1er. — Médec. oper. (Epreuve pratique) : MM. Trélat, Farabeuf, Segond. — 2e *de Doctorat* (N. R., 2e partie) : MM. Beclard, Charcot, Reynier. — 5e *de Doctorat* (A. R.) (Charité). 1re *Série* : MM. Verneuil, Damaschino, Ribemont-Dessaignes ; — 2e *Série* : MM. Guyon, Tarnier, Rendu.

SAMEDI 2. — Dissect. (Epreuve pratique) : MM. Cornil, Farabeuf, Bouilly. — 1er *de Doctorat* (A. R.), oral : MM. Laboulbène, Brouardel, Campenon. — 2e *de Doctorat* (A. R.), oral : MM. Grancher, Landouzy, Humbert. — 2e *de Doctorat* (N. R., 1re partie), oral. 1re *Série* : MM. Sappey, Ball, Richelot ; — 2e *Série* : MM. Richet, Bouchard, Debove. — 5e *de Doctorat* (A. R.) (Hôtel-Dieu) 1re *Série* : MM. Hardy, Le Fort, Charpentier ; — 2e *Série* : MM. G. Sée, Panas, Peyrot.

Thèses soutenues à la Faculté de Médecine.

Lundi 27. — M. Legendre. Essai sur la pathogénie de la gangrène typhoïde. — M. Mils.nneau. Contribution à l'étude de l'angine infectieuse simple primitive (Manifestations gangreneuses adeno-phlegmon). — *Jeudi* 30. — M. Larbouret. Derm... — M. Devoti. Considérations médicales sur le Rio de la Plata. — *Vendredi* 1er. — M. Se.retan. Contribution à l'étude des paralysies radiculaires du plexus brachial. — M. Le Coultre. De la pleurotomie antiseptique. — *Samedi* 2. — M. Bel... De l'accouchement prématuré à l'aide de la sonde bougie. — M. Tissier. De la castration de la femme en chirurgie (opération d'Hegar ou de Battey.)

Enseignement médical libre.

Théorie générale de l'action électrique, par le Dr MAUMENÉ, tous les jeudis, à 2 heures, à l'école pratique, pavillon no 3.

Cours complet d'accouchements en 12 leçons. — MM. PAR et AUVARD, recommenceront leur cours d'accouchement le *lundi 27 avril* à 4 h. 1/2 du soir, rue du Pont-de-Lodi, 7. MM. les étudiants seront exercés au diagnostic des présentations et des positions, au diagnostic des rétrécissements du bassin et aux manœuvres obstétricales. Pour les renseignements et pour se faire inscrire, s'adresser soit à M. le Dr Bar, 1, *rue* ..., soit à M. le Dr Auvard, 51, *rue de Lille*, les lundis, mercredis et vendredis à 1 h. 1/2.

Maladies de l'appareil urinaire. — Le Dr H. PICARD commencera le lundi 27 avril, à 5 heures, 13, rue Suger, un cours public qu'il continuera les vendredis et lundis suivants à la même heure.

NÉCROLOGIE

Le Dr C. Carville.

Nous avons la douleur d'apprendre à nos lecteurs la mort du Dr C. CARVILLE, décédé à Menton le 9 avril, à l'âge de 57 ans. Après avoir exercé à Lyon la profession d'avocat, Carville quitta cette profession pour raison de santé et fit ses études de médecine. Il fut reçu interne des hôpitaux de Paris en décembre 1865. Il termina son internat à la fin de 1869, reprit du service comme interne à la Pitié pendant le siège de Paris et durant la Commune, passa sa thèse sur la *température dans la fièvre typhoïde* en 1871, fut préparateur d'abord du cours de physiologie, puis du cours de pathologie expérimentale à la Faculté de médecine de Paris. Sa santé de plus en plus ébranlée l'obligea à aller se fixer à Menton en 1872. Le soleil du Midi lui redonna une nouvelle vigueur et le rajeunit en quelque sorte.

« L'énergie de volonté qui était la base du caractère de notre regretté confrère, a dit en excellents termes M. le Dr Bennett, sur la tombe de notre ami, se manifesta aussitôt son arrivée à Menton. Au lieu de profiter de sa qualité de malade pour s'occuper surtout de sa santé, comme il aurait bien pu le faire socialement, il organisa une vie presque aussi active que celle de Paris. Il s'intéressa à la prospérité de la ville qu'il avait adoptée comme une nouvelle patrie, devint membre du Conseil municipal et consacra son temps et des forces, qu'il n'avait peut-être pas, à tâcher d'améliorer l'état sanitaire et hygiénique de Menton, sans penser à lui.

« Trop savant et trop humain pour refuser ses lumières à ceux qui en avaient besoin, ou pour se tenir à l'écart, il entra dans la lice de la clientèle, et, de suite, prit sa place parmi les médecins les plus connus, les plus estimés. Pour cette nature d'élite, vivre c'était combattre. Il lui fallait un ennemi à vaincre, que ce fut l'ignorance scientifique ou hygiénique, ou la maladie. Bon et affectueux avec ses malades, attentif, dévoué, qu'il fût lui-même malade ou non, il gagnait toujours leur estime, leur affection. Mais toute sa science et sa volonté de fer ne purent empêcher le corps de faillir, de s'épuiser, la maladie de marcher en avant. Il lutta avec un vrai héroïsme jusqu'à la fin de sa vie.... »

On ne pouvait mieux apprécier le caractère de Carville et les nombreux amis qu'il avait à Paris partageront ce sentiment. Là aussi il s'était montré compatissant à tous les malheureux, libéral et humain en toutes circonstances, profondément dévoué à tous ses amis et toujours prêt à leur rendre service.

On doit, entre autres, à Carville, les travaux suivants : *Etude physiologique sur les effets toxiques de l'inée* (poison des Pahouins, Gabon), en collaboration avec M. Polaillon ; — *Mémoire sur les fonctions des hémisphères cérébraux* (en collaboration avec Duret) ; — La rédaction des deux volumes des Leçons de M. Vulpian sur l'appareil vaso-moteur ; — Des communications à la *Société anatomique* et à la *Société de biologie*, dont il faisait partie et aux travaux desquels il avait pris une part active.

FORMULES

8. Acide Chrysophanique ou Chrysarobine.

On l'extrait de la poudre de Goa fournie par un arbre de l'Inde et du Brésil, de la famille des légumineuses. — Il se présente sous forme de cristaux jaunes (aiguilles), appartient au groupe des phénols. Cet acide, d'abord réservé pour l'usage externe (Balmanno Squire, 1878, etc.), est depuis 1881 administré intérieurement. Il est presque insoluble dans l'eau, soluble dans l'alcool à chaud, le benzol, le vinaigre, la vaseline.

Principaux effets physiologiques. — Inappétence, nausées, vomissements, frissons suivis de chaleur, vertiges, sensation de ... de constriction à l'épigastre, diarrhée. — L'*intolérance* pour le médicament ne se produit qu'à des doses très variables selon les sujets, et souvent le degré d'accoutumance, etc. La dose moyenne serait de 1 centigr. par jour pour les enfants et de 5 centigr. pour les adultes (Stocquart).

Effets locaux. — Même à des doses très faibles (1 millig. et au-dessous) l'acide chrysophanique donne souvent lieu à la formation d'abcès et à des élancements douloureux et à de l'empâtement.

Employé hypodermiquement pour la première fois par M. Stocquart (de Bruxelles) (1) et avec succès dans l'eczéma, le lichen, le prurigo, le psoriasis et l'urticaire. Son action serait plus rapide

(1) Stocquart. — *L'acide chrysophanique administré par les voies stomacale et hypodermique dans le traitement des maladies de la peau*. (*Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, janvier 1884, p. 15).

et aussi efficace que par l'administration externe ou stomacale : mais les accidents produits par les injections sous-cutanées ne permettent de recourir à l'emploi de cet acide que dans les cas d'absolue nécessité et à des doses très faibles (1/2 à un 1/8 de milligr.) : encore faut-il éviter de pratiquer les injections au niveau des régions susceptibles d'accidents, comme la nuque, etc.

Acide chrysophanique. . . .	0 gr. 0005 à 0 gr. 0001
Eau distillée.	1 gr.

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 12 avril au samedi 18 avril 1885, les naissances ont été au nombre de 1252 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 433 illégitimes, 174. Total, 607. — *Sexe féminin* : légitimes, 477 ; illégitimes, 168. Total, 645.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1881. 2,225.910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 12 avril au samedi 18 avril 1885, les décès ont été au nombre de 1221 : savoir : 645 hommes et 679 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Choléra : M. . F. .. T. . — Fièvre typhoïde : M. 12. F. 10. T. 22. — Variole : M. 2. F, 1, T. 3. — Rougeole : M. 35, F. 24, T. 49. — Scarlatine : M. ., F. ., T, .. Coqueluche : M. 4. F. 4. T. 8. — Diphthérie, Croup M. 24, F. 24, T. 48 — Dyssenterie : M .. F. ., T. .. — Erysipèle : M. 2, F. 2, T. 4 — Infections puerpérales : 5 — Autres affections épidémiques : M. ., F. ., T. .. — Méningite tuberculeuse et aiguë : M. 24, F. 17, T. 41. — Phthisie pulmonaire : M. 130, F. 85 T. 215. — Autres tuberculoses : M. 26 F. 19. T 45. — Autres affections générales : M. 37, F. 37 T 74 — Malformations et débilité des âges extrêmes : M. 16, F. 29 T. 45 — Bronchite aiguë : M. 20 F. 20 T. 40. — Pneumonie : M. 55, F. 75. T 138. — Athrepsie M 30. F. 27 T. 57. — Autres maladies des divers appareils M 262 F. 185 T. 387. — Après traumatisme : M. ., F. ., T. .. — Morts violentes : M. 16 F. 7. T. 23. — Causes non classées M 10 F 3 T 13.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 79 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 30 ; illégitimes, 15. Total : 45. — *Sexe féminin* : légitimes, 22 ; illégitimes, 12. Total : 34.

Faculté de médecine de Paris. — *Hôpital des Enfants-Malades* (rue de Sèvres, 149). *Clinique des maladies des enfants.* M. le professeur Grancher commencera le cours de clinique des maladies des enfants, le samedi 2 mai 1885, à 10 heures du matin (Hôpital des Enfants-Malades). Division du cours : Le samedi, leçon clinique à l'Amphithéatre ; le mardi, leçon au lit du malade ; le jeudi, démonstrations au laboratoire. Tous les jours, visite des malades, à 9 heures du matin.

— Par arrêté du 17 avril, la chaire d'hygiène est déclarée vacante. Un délai de vingt jours est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

Ecole pratique. Manœuvres obstétricales. — M. le professeur Tarnier fera la leçon d'introduction à ces manœuvres le mercredi 29 avril 1885, à midi, dans le grand Amphithéatre de la Faculté. Il fera ensuite, tous les vendredis, à la même heure et dans le même lieu, une série de démonstrations. Les Elèves divisés en séries et dirigés par des moniteurs d'obstétrique, répéteront les manœuvres dans le Pavillon VIII de la nouvelle Ecole pratique, au jour et à l'heure qu'ils auront choisis en s'inscrivant. Les manœuvres obstétricales sont gratuites. Pour être admis à y prendre part, les élèves devront se faire inscrire au bureau du chef de matériel de l'Ecole pratique de midi à 4 heures, jusqu'au jeudi 30 avril.

Hôpital Saint-Louis. — *Cours de clinique des maladies cutanées et syphilitiques.* M. le professeur Alfred Fournier, reprendra le cours de clinique des maladies cutanées et syphilitiques le vendredi 24 avril 1885, à 9 heures du matin (Hôpital Saint-Louis), et le continuera les mardis et vendredis suivants à la même heure. Ordre du cours : les mardis, leçon au lit des malades ; les vendredis, leçon à l'Amphithéatre (10 heures).

Assistance publique. *Legs.* — Aux termes d'un décret rendu en conseil d'Etat, le directeur de l'administration générale de l'Assistance publique, à Paris, est autorisé à accepter, aux clauses et conditions imposées, la somme de quatre cent vingt mille francs, qui a été attribuée à cet établissement, en exécution du testament olographe de la dame veuve Dagnan, née Marie Heyward.

Cette somme doit être répartie de la manière suivante : 300.000 francs pour création de lits d'hospice ; 50,000 francs pour création de lits d'hôpital ; 50,000 francs pour l'œuvre des enfants moralement abandonnés ; 20,000 francs aux bureaux de bienfaisance des vingt arrondissements de Paris, à raison de mille francs par arrondissement.

D'après ce legs, 300,000 francs sont destinés à de nouveaux lits d'hospice. L'Administration a là une excellente occasion pour donner satisfaction au Conseil municipal et faire des économies. Pour cela, elle n'a qu'à construire à l'hospice Lenoir-Jousserand-Boulard, un pavillon pour des vieillards, ce qui diminuerait les frais *énormes* d'administration de l'hospice actuel, parce qu'ils seraient répartis sur une population plus grande.

Concours *pour la nomination à deux places de chirurgien au bureau central d'admission dans les hôpitaux et hospices civils de Paris.* Ce concours sera ouvert le jeudi 28 mai 1885, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu. MM. les docteurs qui voudront concourir se feront inscrire au secrétariat général de l'Administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, et y déposeront leurs titres. Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le lundi 27 avril 1885, et sera clos définitivement le mardi 12 mai, trois heures.

Assistance publique. — MM. les médecins du XV[e] arrondissement sont informés que le dimanche 26 avril 1885, il sera procédé, dans une des salles de la mairie, à l'élection d'un médecin des bureaux de bienfaisance.

Laïcisation de l'hopital Cochin. — Le Conseil de surveillance a émis un avis favorable sur la laïcisation de cet établissement dans sa séance du 24 avril. Nos félicitations et au Conseil et à M. Peyron !

Société médicale de Reims. — Un prix de 200 fr. sera décerné dans la séance d'octobre, au meilleur mémoire présenté par un médecin de la région. La Société n'indique pas de sujet et se contente de recommander aux concurrents l'étude des maladies au point de vue des centres qui les produisent et du mode suivant lequel elles se propagent. Les mémoires doivent être envoyés avant le 15 août au président de la Société.

Crémation. — Une société pour la crémation a été organisée à Buffalo avec un capital de 10,100 dollars (*The med. Record*, New-York, 7 mars.)

Le choléra en Égypte. — Le *Petit Var* du 22 avril annonce que le choléra a reparu au Caire où sept décès sont signalés. — *Le Petit méridional* du 21 avril annonce, d'après la *Tribuna* de Rome, que le choléra sévit depuis plusieurs jours à Souakim et qu'il y a été importé par les troupes indiennes.

Ecole d'infirmières a Paterson (*New Jersey*). Miss Clara S. Weeks, élève diplomée de l'école d'infirmières de l'hôpital de New-York a été chargée de diriger l'école d'infirmières de Paterson (*The N. Y. med. Journ.*, 7 mars). Si nous citons ce fait, c'est pour montrer que, aux Etats-Unis, il se crée partout des Ecoles pour l'instruction des infirmières. La ville de Paterson renferme 33,579 habitants.

Annuaire de l'internat des hôpitaux de Paris. — La Commission chargée de la publication d'une nouvelle édition de l'annuaire de l'Internat prie les internes ou anciens internes des hôpitaux qui auraient à signaler quelques erreurs ou quelques modifications survenues depuis la dernière édition, de vouloir bien en informer M. le D[r] Sevestre, 7, rue Scribe.

Nouveau journal. — Nous recevons le premier numéro de la « *Revista dos Cursos praticos e theoricos da faculdade de medicina do Rio de Janeiro* », rédigée à Rio de Janeiro par MM. les professeurs Hilario de Gouvêa, Cypriano de Freitas, J. C. Lima e Castro, Martins Costa et Erico Coelho. — Cette excellente publication est faite aux frais du gouvernement brésilien et est l'organe officiel de la Faculté de Rio. Ce premier numéro renferme : 1° Une étude clinique sur les pseudo-artbroses consécutives aux fractures des membres, par le doyen de la Faculté, D[r] Saboia ; 2° Résultat négatif de la preuve docimasique dans un cas observé à Rio au 24 avril 1884, par le prof. et D[r] Souza-Lima ; 3° Observation d'un cas mortel d'hémorrhagie pulmonaire, dû à un grain de plomb, par le même ; 4° Blépharoplastie, par le prof. Gouvea ; 5° De la nature du choléra-morbus, par le prof. Cypriano de Freitas ; 6° Un foie dans un seul lobe, par le D[r] Marcondes Rezende ; 7° Des limites de l'expérimentation en clinique par le prof. Erico Coelho ; 8° Résection sous-périostique du fémur, par le prof. Lima e Castro ; 9° Observation d'un cas de rétrécissement tricuspidien, par le prof. Torres Homem.

13e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. I. No 18 BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 2 MAI 1885.

Le Progrès Médical

CLINIQUE NERVEUSE

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. CHARCOT.

A propos de six cas d'hystérie chez l'homme;

Leçons recueillies par M. Georges GUINON, interne du service (1re leçon, 1re partie).

Messieurs,

Nous nous occuperons aujourd'hui de l'hystérie chez l'homme, et pour mieux circonscrire le sujet, nous considérerons l'hystérie mâle plus particulièrement chez les sujets adolescents ou dans la force de l'âge et en pleine maturité, c'est-à-dire chez des hommes de 20 à 40 ans, et en outre nous envisagerons spécialement la forme intense, très accentuée, celle qui répond à ce que l'on appelle chez la femme la grande hystérie ou hystéro-épilepsie à crises mixtes. Si je me décide à aborder ce sujet, que j'ai touché bien des fois déjà, c'est que nous possédons actuellement dans le service de la clinique une collection vraiment remarquable de malades, que je pourrai faire passer sous vos yeux et étudier avec vous. J'ai pour but, surtout, de vous faire reconnaitre et, pour ainsi dire, toucher du doigt, l'identité de la grande névrose dans les deux sexes. Car, dans la comparaison que nous ferons chemin faisant des symptômes de la grande hystérie chez la femme et chez l'homme, partout nous aurons à relever les analogies les plus frappantes, et çà et là seulement quelques différences qui, vous le verrez, sont d'ordre tout à fait secondaire.

D'ailleurs cette question de l'hystérie chez l'homme est en quelque sorte à l'ordre du jour. En France, pendant ces dernières années, elle a beaucoup préoccupé les médecins. De 1875 à 1880, à la Faculté de Paris, il a été soutenu cinq dissertations inaugurales sur l'hystérie chez l'homme, et M. Klein, l'auteur d'une de ces thèses faite sous la direction de M. le Dr Olivier, a pu réunir 80 cas de cette affection. Depuis ont paru les importantes publications de MM. Bourneville et de ses élèves; de MM. Debove, Raymond, Dreyfus et quelques autres; et tous ces travaux tendent à prouver, entre autres choses, que les cas d'hystérie mâle peuvent se rencontrer assez fréquemment dans la pratique vulgaire. Tout récemment l'hystérie mâle a été étudiée en Amérique par MM. Putnam et Walton (1), principalement à la suite des traumatismes et plus spécialement des accidents de chemin de fer. Ils ont reconnu, avec M. Page, qui s'est également occupé de cette question en Angleterre (2), que beaucoup de ces accidents nerveux désignés sous le nom de *Railway-Spine* et qui, d'après eux, seraient mieux appelés *Railway-Brain*, sont en somme, qu'il s'agisse de l'homme ou de la femme, simplement des manifestations hystériques. On comprend, dès lors, l'intérêt que prend une pareille question dans l'esprit pratique de nos confrères d'Amérique. Les victimes des accidents de chemin de fer demandent tout naturellement des dommages-intérêts aux Compagnies. On plaide; des milliers de dollars sont dans la balance. Or, je le répète, souvent c'est l'hystérie qui est en jeu. Ces états nerveux, graves et tenaces, qui se présentent à la suite des « *collisions* » de ce genre et qui mettent les victimes dans l'impossibilité de se rendre à leur travail ou de se livrer à leurs occupations pendant des périodes de plusieurs mois ou même de plusieurs années, ne sont, souvent, que de l'hystérie, rien que de l'hystérie. L'hystérie mâle est donc digne d'être étudiée et connue du médecin légiste, puisqu'il s'agit de gros intérêts portés devant un tribunal qu'impressionnera peut-être, — circonstance qui rendra la tâche plus difficile, — la défaveur qui s'attache encore aujourd'hui, en raison de préjugés profondément enracinés, au mot d'hystérie. La connaissance approfondie non seulement de la maladie, mais encore des conditions dans lesquelles elle se produit, sera, en pareille occurrence, d'autant plus utile, que souvent les troubles nerveux se produisent en dehors de toute lésion traumatique et simplement à la suite de l'ébranlement nerveux psychique qui résulte de l'accident et que fréquemment ils ne débutent pas immédiatement, après l'accident; c'est-à-dire qu'à l'époque où l'une des victimes de la collision, qui aura été atteinte d'une fracture de jambe, par exemple, sera déjà guérie, après une incapacité de travail de trois ou quatre mois, une autre sera sous le coup d'accidents nerveux qui vont peut-être l'empêcher de travailler pendant six mois, un an ou plus, mais qui n'auront peut-être pas encore atteint toute leur intensité. On voit dans ce cas combien est délicate la mission du médecin légiste et c'est ce côté médico-légal de la question qui semble avoir réhabilité auprès de nos confrères Américains, l'étude de la névrose hystérique, jusque-là un peu négligée.

A mesure que la maladie a été ainsi mieux étudiée et mieux connue, comme il arrive habituellement en pareille circonstance, les cas sont devenus, en apparence, de plus en plus fréquents, et en même temps d'une analyse plus facile. Je vous disais tout à l'heure qu'il y a quatre ou cinq ans M. Klein, dans sa thèse, avait réuni 80 cas d'hystérie chez l'homme; voici qu'aujourd'hui M. Batault qui prépare, dans notre service, un travail spécial sur ce sujet, a pu rassembler 218 cas du même genre dont 9 appartiennent à notre clinique.

L'hystérie mâle n'est donc pas, tant s'en faut, très rare. Eh bien ! messieurs, si j'en juge d'après ce que je vois chaque jour parmi nous, ces cas-là sont bien souvent méconnus, même par des médecins très distingués. On concède qu'un jeune homme efféminé puisse après des excès, des chagrins, des émotions profondes, présenter quelques phénomènes hystériformes; mais qu'un artisan vigoureux, solide, non énervé par la culture, un chauffeur de locomotive par exemple, nullement émotif auparavant, du moins en apparence, puisse à la suite d'un accident de train, d'une collision, d'un déraillement, devenir hystérique, au même titre qu'une femme, voilà, paraît-il, qui dépasse l'imagination. Rien n'est mieux prouvé, cependant, et c'est une

(1) I. Putnam. — *Am. Journ. of. Neurology*, 1884, p. 507. — Walton. — *Arch. of med.*, 1883, t. X.

(2) Page. — *Injuries of the Spine and spinal Cord without appearent mechanical lesion, and nervous shock.* London, 1885.

idée à laquelle il faudra se faire. Cela viendra, comme pour tant d'autres propositions qui sont aujourd'hui établies dans tous les esprits à l'état de vérités démontrées, après n'avoir rencontré pendant longtemps que le scepticisme et souvent l'ironie.

Il est un préjugé qui sans doute contribue beaucoup à mettre obstacle à la diffusion des connaissances relatives à l'hystérie chez l'homme : c'est l'idée relativement fausse que l'on se fait en général du tableau clinique de cette névrose chez la femme. Chez le mâle en effet, la maladie se présente souvent comme une affection remarquable par la permanence et la ténacité des symptômes qui la caractérisent. Chez la femme au contraire, — et c'est là sans doute ce qui semble faire la différence capitale entre les deux sexes, pour qui ne connait pas à fond la maladie chez la femme, — ce que l'on *croit* être le trait caractéristique de l'hystérie, c'est l'instabilité, la mobilité des symptômes. Dans l'hystérie, dit-on alors, en se fondant naturellement sur des observations prises chez la femme, les phénomènes sont mobiles, fugaces et la marche capricieuse de l'affection est fréquemment interrompue par les coups de théâtre les plus inattendus. Eh bien! messieurs, cette mobilité, cette fugacité n'est pas, tant s'en faut, je vous l'ai montré par de nombreux exemples, un caractère univoque de la maladie hystérique, même chez la femme.

Oui, même chez elle, il y a des hystéries aux phénomènes durables, permanents, extrêmement difficiles à modifier et qui résistent quelquefois à toute intervention médicale. Et les cas de ce genre sont nombreux, très nombreux, s'il est vrai qu'ils ne constituent pas la généralité. C'est un point sur lequel je vais revenir. Mais pour le moment, je me contente de vous faire remarquer seulement que la permanence des symptômes hystériques chez l'homme, leur ténacité empêchent souvent de les reconnaître pour ce qu'ils sont. Les uns, en présence de phénomènes qui résistent à tous les modificateurs thérapeutiques, croiront, je suppose, s'il existe des troubles sensoriels avec crises nerveuses simulant plus ou moins la crise comitiale, à une lésion organique en foyer, à un néoplasme intra-crânien, ou s'il s'agit d'une paraplégie, à une lésion organique spinale. D'autres reconnaitront volontiers ou même affirmeront qu'il ne peut être question, dans ces cas, d'une altération organique, mais simplement d'une lésion dynamique ; mais en présence de symptômes dont la ténacité ne se concilie pas avec le schéma, qu'ils ont dans l'esprit, de l'hystérie, ils penseront qu'il s'agit là d'une maladie spéciale, non encore décrite, et qui mérite une place à part.

Une erreur de ce genre me parait avoir été commise par MM. Oppenheim et Thomsen de Berlin (1), dans un mémoire qui contient d'ailleurs un grand nombre de faits intéressants et bien observés, sinon toujours bien interprétés, du moins à ce que je crois. Ces messieurs ont observé l'hémianesthésie sensitive et sensorielle, semblable en tous points à celle des hystériques, dans sept observations analogues à celles de MM. Putnam et Walton. Il s'agit dans ces cas de chauffeurs, de chefs de trains, d'ouvriers, victimes d'accidents de chemins de fer ou d'autres accidents et ayant subi soit un choc sur la tête, soit une commotion ou un ébranlement général. L'alcoolisme, le saturnisme, ne sont pas en jeu dans ces cas, et l'on reconnait que, suivant toute vraisemblance, il n'existe pas, chez ces sujets, de lésion organique.

(1) *Arch. de Westphal.* Bd. XV. Heft 2 et 3.

Voilà donc des malades tout à fait semblables à ceux de MM. Putnam et Walton ; mais contrairement à ces derniers, les auteurs allemands ne veulent pas reconnaître qu'il s'agit ici de l'hystérie. Pour eux c'est quelque chose de particulier, je ne sais quel état pathologique non encore décrit, qui demande à prendre une place non encore occupée dans les cadres nosologiques. Les principaux arguments que MM. Oppenheim et Thomsen fournissent à l'appui de leur thèse sont les suivants : 1° l'anesthésie est tenace ; on n'y voit pas ces changements capricieux qui sont *caractéristiques* (?) de l'hystérie. Elle dure telle quelle des mois et des années. 2° Une autre raison c'est que l'état psychique des malades n'est pas celui des hystériques. Les troubles de cet ordre, chez ces malades, n'ont pas les allures changeantes, mobiles de ceux de l'hystérie. Les malades sont plutôt déprimés, mélancoliques d'une façon permanente, et sans grandes variations en plus ou en moins.

Il m'est impsssible, messieurs, de me rallier aux conclusions de MM. Oppenheim et Thomsen, et j'espère vous démontrer : 1° Que les troubles sensoriels hystériques peuvent, chez la femme elle-même, présenter une ténacité remarquable, et que chez l'homme il en est très souvent ainsi ; 2° Que chez le mâle en particulier la dépression et la tendance mélancolique s'observent le plus communément dans les cas d'hystérie les plus accusés, les moins contestables. On n'observe pas communément, chez lui — cela est vrai, mais on ne saurait certainement pas voir là un caractère distinctif de premier ordre — ces caprices, ces changements de caractère et d'humeur qui appartiennent plus habituellement, bien que non nécessairement, toutefois, à l'hystérie de la femme.

Mais il est temps, Messieurs, d'arrêter là ces préliminaires pour en venir à l'objet principal de notre leçon d'aujourd'hui. Nous allons procéder par démonstration clinique, en étudiant ensemble avec quelques détails un certain nombre de cas parfaitement caractérisés d'hystérie mâle. Chemin faisant, nous relèverons les analogies et les différences qui existent entre les phénomènes hystériques observés chez l'homme et ceux que nous reconnaissons chaque jour dans la forme correspondante de la maladie chez la femme. Enfin, je compte vous présenter, en manière de résumé, quelques considérations générales sur la grande hystérie considérée dans le sexe masculin.

Mais avant d'en venir à l'homme, je voudrais vous rappeler sommairement, par deux exemples, jusqu'à quel point chez la femme, les symptômes permanents de l'hystérie, les stigmates hystériques, comme nous avons l'habitude de les appeler, pour plus de commodité, peuvent se montrer fixes, tenaces et exempts, par conséquent, de cette mobilité proverbiale qu'on leur prête et dont on prétend faire la caractéristique de la maladie. Je ne vous parlerai pas des six ou huit grandes hystériques actuellement rassemblées dans notre service. Quelques-unes d'entre elles présentent, depuis des mois ou des années même une hémianesthésie simple ou double que les modificateurs thérapeutiques les mieux appropriées ne peuvent influencer que pour quelques heures. Je me bornerai à vous présenter deux femmes, véritables vétérans de l'hystéro-épilepsie, qui délivrées depuis quelques années de leurs grandes attaques, et sorties depuis ce temps du service spécial, exercent dans l'hospice les fonctions de domestiques. La première, la nommée L..., bien connue dans l'histoire de l'hystéro-épilepsie et célèbre en raison du caractère « démoniaque »

que présentaient ses crises convulsives, est aujourd'hui âgée de 63 ans. Elle est entrée à la Salpêtrière en 1846 et nous n'avons pas cessé de l'observer depuis 1871. A cette époque, elle était atteinte, comme elle l'est encore aujourd'hui même, d'une hémianesthésie droite complète absolue, sensorielle et sensitive, avec ovarie du même côté qui, pendant cette longue période de 15 ans, n'a pas été modifiée, *même temporairement*, soit par l'action maintes fois essayée des agents æsthésiogènes, soit par les progrès de l'âge, soit par la ménopause. Il y a cinq ou six ans, à l'époque où notre attention a été plus particulièrement attirée sur les modifications que subit le champ visuel chez les hystériques, nous avons reconnu chez elle l'existence très accusée du rétrécissement classique du champ visuel, marqué des deux côtés, mais beaucoup plus prononcé du côté droit. L'examen répété chaque année une ou deux fois depuis cette époque n'a jamais manqué de faire reconnaître la permanence de ce rétrécissement.

L'autre malade, la nommée Aurel..., actuellement âgée de 62 ans, et chez laquelle les grandes attaques, remplacées parfois par des symptômes d'angine de poitrine, n'ont cessé d'exister que depuis une dizaine d'années, présentait déjà en 1851, ainsi que le constate une note très précieuse datant de cette époque, l'hémianesthésie gauche complète, absolue, sensorielle et sensitive, que, ainsi que vous pouvez le constater, nous retrouvons chez elle encore aujourd'hui, c'est-à-dire après une longue période de 34 ans! — Cette malade est soumise à notre observation depuis 15 ans, et jamais l'hémianesthésie en question n'a cessé, lors de nos examens souvent répétés, d'être présente. Le rétrécissement double du champ visuel, très net des deux côtés, mais plus prononcé à gauche, que l'examen campimétrique nous a fait retrouver ces jours-ci, existait déjà chez elle il y a cinq ans.

C'en est assez, je pense, pour vous montrer comment, chez ces femmes, les stigmates dont personne ne songerait à contester la nature hystérique, se sont montrés stables, permanents, et combien peu cela répond à l'idée, fausse par trop de généralité, qu'on se fait en général de l'évolution des symptômes de la maladie.

J'en viens maintenant à l'étude de nos hystériques mâles.

Observation I. — Le nommé Rig..., garçon de magasin, âgé de 44 ans, est entré à la Salpêtrière le 12 mai 1884, il y a bientôt un an. C'est un homme grand, fort, bien musclé ; il a été autrefois tonnelier et supportait sans peine un travail fatigant. Les *antécédents héréditaires* sont fort remarquables chez ce malade. Son *père* vit encore ; il est âgé de 76 ans. De 38 à 44 ans, par suite de chagrins et de pertes d'argent, il a souffert d'*attaques de nerfs* sur la nature desquelles le malade ne peut qu'imparfaitement nous renseigner. Sa mère est morte à 65 ans asthmatique. Le *grand oncle* de la mère était *épileptique* et est mort des suites d'une chute dans le feu survenue dans un accès. Les *deux filles de cet oncle* étaient également *épileptiques*. Rig... a eu sept frères et sœurs qui ne présentent pas de maladies nerveuses. Quatre sont morts ; parmi les trois restants, une sœur est asthmatique. Lui-même a eu neuf enfants, dont quatre sont morts en bas âge. Des cinq qui vivent encore, *une fille de 15 ans a des crises de nerfs; une autre, âgée de 10 ans, a des attaques d'hystéro-épilepsie* que M. Marie a constatées ici même; *une autre fille est faible d'intelligence;* enfin deux garçons ne présentent rien de particulier à noter.

Dans les *antécédents personnels* nous relevons les faits suivants : A 19 et à 29 ans, le malade a été atteint de rhumatisme articulaire aigu, sans lésions du cœur. La dernière attaque a duré 6 mois et c'est peut-être au rhumatisme qu'il faut attribuer les déformations des mains que l'on constate chez lui. Etant enfant, il était peureux ; le sommeil était troublé par des rêves et des cauchemars, et en outre il était somnambule. Il se levait souvent la nuit, travaillait, et le lendemain matin il était fort étonné de trouver son ouvrage fait. Cet état dura de 12 à 15 ans. Il s'est marié à 28 ans. On ne note dans les antécédents ni syphilis, ni alcoolisme, bien que le malade ait été tonnelier. Il est arrivé à Paris à l'âge de 32 ans, travaillant d'abord chez son père, puis employé comme garçon de magasin dans une usine d'épuration d'huile.

En 1876, il avait alors 32 ans, il lui est arrivé un premier accident. Il se coupa assez profondément avec un rasoir qu'il affilait, comme certaines personnes ont coutume de le faire sur la face antérieure de son avant-bras. Une veine fut sectionnée, le sang jaillit ; l'hémorrhagie et la frayeur aidant, le malade tomba par terre privé de sentiment et de mouvement. Il fut long à se remettre et resta deux mois profondément anémié, pâle et sans pouvoir travailler.

En 1882, il y a par conséquent trois ans, il descendait en cave une pièce de vin, lorsque la corde qui la maintenait se rompit ; le tonneau roula dans l'escalier et l'aurait infailliblement écrasé s'il n'eût eu le temps de se jeter de côté ; il ne le fit pas assez cependant pour éviter une légère blessure à la main gauche. Malgré la peur qu'il éprouva, il put se relever et aider à remonter le tonneau. Mais cinq minutes après il eut une perte de connaissance qui dura vingt minutes. En revenant à lui, il était incapable de marcher, tant les jambes étaient faibles et l'on fut obligé de le ramener chez lui en voiture. Pendant deux jours il lui fut absolument impossible de travailler; la nuit, son sommeil était troublé par des visions effrayantes et interrompu par des cris : « à moi..., je suis tué..! » Il revoyait en rêve la scène de la cave. Il avait néanmoins repris son travail, lorsque *10 jours après l'accident*, au milieu de la nuit, il eut sa *première attaque d'hystéro-épilepsie*. Depuis cette époque les attaques revinrent à peu près régulièrement tous les deux mois et souvent dans l'intervalle, pendant la nuit, soit au moment du premier sommeil, soit au réveil, il était profondément troublé par des visions d'animaux féroces.

Autrefois, au sortir de ses crises, il se rappelait ce qu'il avait rêvé pendant l'attaque, phénomène qui n'existe plus aujourd'hui. Il était dans une forêt sombre, poursuivi par des brigands ou des animaux affreux, ou bien la scène de la cave se déroulait devant ses yeux et il voyait des fûts qui roulaient sur lui et menaçaient de l'écraser. Jamais, il l'affirme, ni pendant les attaques, ni dans l'intervalle, il n'a eu de rêves ou d'hallucinations d'un caractère gai ou agréable.

A cette époque il alla consulter à Ste-Anne. On lui prescrivit du bromure de potassium, et cette médication, remarquez-le bien, n'a jamais eu la moindre influence sur les attaques, bien que le médicament ait été absorbé d'une façon continue jusqu'à saturation.

C'est dans ces conditions que Rig... a été admis à la Salpêtrière dans le service de la clinique et, à son entrée, nous constatons l'état suivant :

Le malade est pâle, anémique, il a peu d'appétit, surtout pour la viande, à laquelle il préfère les mets

acides ; en somme l'état général est assez peu satisfaisant. Les *stigmates hystériques* sont chez lui très nets. Ils consistent dans une *hémianesthésie double en plaques* d'une très grande étendue, pour la douleur (pincement, piqûre) et pour le froid. L'anesthésie sensorielle n'existe, en général, qu'à un très faible degré ; le goût, l'odorat sont normaux ; l'ouïe cependant est obnubilée d'une façon assez nette, surtout à gauche ; le malade n'entend pas mieux quand on applique sur le crâne l'objet sonore. Pour ce qui concerne la vision, les symptômes sont beaucoup plus nets et suffiraient seuls, en quelque sorte, pour permettre d'affirmer la nature hystérique de l'affection. Il présente en effet des deux côtés un *rétrécissement notable du champ visuel* plus accentué cependant à droite. Il distingue toutes les couleurs, mais le champ visuel du bleu s'est rétréci plus que celui du rouge et est passé en dedans de ce dernier, phénomène, quand il se rencontre, tout à fait caractéristique, autant que je sache, du champ visuel des hystériques et dont je vous ai maintes fois montré des exemples. Enfin, pour en finir avec les stigmates permanents, il existe chez Rig... deux *points hystérogènes*, l'un cutané, siégeant au-dessous de sdernières fausses côtes droites, l'autre plus profond au niveau du creux poplité du côté droit, point où le malade porte un kyste extrêmement douloureux spontanément. Il n'existe pas chez R... de point testiculaire. La pression exercée, sur les points spasmogènes, soit accidentellement, soit volontairement fait naître chez le malade tous les phénomènes de l'aura hystérique : douleur précordiale, constriction du cou avec sensation de boule, sifflements dans les oreilles, et battements dans les tempes, ces deux derniers phénomènes constituant, comme vous le savez, l'aura céphalique. Ces points, dont l'excitation peut provoquer l'attaque avec une singulière facilité, ne sont par contre, pour nous servir de la terminologie proposée par M. Pitres, que très faiblement *spasmo-frénateurs* ; c'est-à-dire que leur excitation même intense et prolongée n'arrête qu'imparfaitement l'attaque en voie d'évolution.

Dans l'*état mental* de Rig.., aujourd'hui, comme par le passé, c'est toujours, l'anxiété, la peur, la tristesse, qui dominent. Il ne peut dormir dans l'obscurité ; en plein jour il n'aime pas à se trouver seul ; il est d'une excessive sensibilité et il ressent une grande frayeur à la vue ou au souvenir de certains animaux tels que rats, souris, crapauds, qu'il revoit d'ailleurs souvent dans des cauchemars affreux ou dans de fréquentes hallucinations hypnagogiques. Il est toujours triste : « je m'ennuie de moi-même », dit-il. Chez lui une certaine mobilité d'esprit se traduit par ce fait qu'il ne peut s'attacher à rien et qu'il entreprend et abandonne avec la même facilité cinq ou six ouvrages à la fois. Il est intelligent et relativement assez instruit. Il est d'ailleurs d'un caractère doux et totalement dénué de mauvais instincts.

Les *attaques* sont spontanées ou provoquées. Quelle que soit la façon dont elles aient pris naissance, elles débutent toujours par une vive sensation de brûlure au niveau des points spasmogènes à laquelle succèdent d'abord la douleur épigastrique, puis la sensation de constriction du cou et de boule, enfin l'aura céphalique consistant en sifflements dans les oreilles et battements dans les tempes. A ce moment le malade perd connaissance et l'*attaque* proprement dite commence. Elle est divisée en *quatre périodes* bien nettes et bien séparées. Dans la première, le malade esquisse quelques convulsions épileptiformes. Puis vient la période des grands mouvements de salutation, d'une violence extrême, interrompus de temps en temps par un arc de cercle absolument caractéristique, se dessinant tantôt en avant (emprosthotonos), tantôt en arrière (opisthotonos), les pieds et la tête touchant alors, seuls, le lit et le corps faisant le pont. Pendant ce temps, le malade pousse des cris sauvages. Puis vient la 3e période dite des attitudes passionnelles, pendant laquelle il prononce des paroles et pousse des cris en rapport avec le délire sombre et les visions terrifiantes qui le poursuivent. Tantôt c'est la forêt, les loups, des animaux affreux ; tantôt c'est la cave, l'escalier, le tonneau qui roule. Il reprend enfin connaissance, reconnait les personnes qui l'entourent et les nomme ; mais le délire et les hallucinations persistent cependant pendant quelque temps encore ; il cherche autour de lui et sous son lit les bêtes noires qui le menacent ; il examine ses bras pensant y trouver les traces des morsures d'animaux, qu'il croit avoir senties. Puis il revient à lui, l'attaque est terminée, mais pour reprendre le plus souvent, quelques instants plus tard, jusqu'à ce que, après trois ou quatre attaques successives, le malade ait retrouvé enfin complètement l'état normal. Jamais, pendant le cours de ces crises, il ne s'est mordu la langue, jamais il n'a uriné dans son lit.

Depuis près d'un an, R.... est soumis au traitement par l'électrisation statique qui, dans les cas de ce genre, nous donne, vous le savez, souvent de bons résultats ; nous lui avons prescrit en même temps tous les toniques, tous les reconstituants imaginables. Et cependant les phénomènes que nous venons de décrire, stigmates permanents et attaques persistent tels quels, sans changements appréciables ; ils ne semblent pas, en somme, bien qu'ils aient déjà près de 3 ans d'existence, devoir se modifier de si tôt. Il s'agit cependant bien là, vous en conviendrez tous, d'un cas d'hystéro-épilepsie à crises mixtes (hystérie épileptiforme), aussi nettement caractérisé que possible ; et il est bien clair que la stabilité des stigmates, sur laquelle nous avons suffisamment insisté ne saurait, entre autres, arrêter un instant notre diagnostic.

Pour en finir avec ce cas, si parfaitement typique, j'y relèverai encore quelques particularités que l'analyse clinique vous y a fait reconnaître.

En premier lieu, je signalerai particulièrement l'hérédité nerveuse si fortement accentuée dans sa famille : hystérie chez le père, très vraisemblablement pour le moins ; grand oncle et cousines germaines de la mère épileptiques ; deux filles, dont l'une est hystérique, l'autre hystéro-épileptique. Vous rencontrerez fréquemment, Messieurs, ces conditions d'hérédité chez l'homme hystérique, plus accentuées peut-être encore que chez la femme.

Je vous rappellerai en outre, comment, chez notre malade, les manifestations hystériques se sont développées à la suite et à l'occasion d'un accident qui a menacé sa vie. Le traumatisme qui en a été la conséquence — et il s'agit ici d'une blessure d'ailleurs assez légère du doigt, — eût-il suffi à lui seul, pour provoquer le développement des accidents nerveux ? Cela est possible, mais je ne saurais l'affirmer. Toujours est-il que, à côté du traumatisme, il convient de tenir compte d'un facteur qui, très vraisemblablement, a joué dans la genèse de ces accidents, un rôle bien plus important que la blessure elle-même. Je veux parler de la terreur éprouvée par le malade au moment de l'accident et

qui s'est traduite peu après par une perte de connaissance suivie d'une sorte de parésie transitoire des membres inférieurs. Ce même élément psychique se retrouve en outre du traumatisme dans quelques uns des cas décrits par MM. Putnam, Walton, Page, Oppenheim et Thomsen et où son influence, souvent prédominante, ne saurait être méconnue.

Cette même circonstance du développement des phénomènes hystériques, à la suite et à l'occasion d'un « shock » avec ou sans traumatisme, mais où l'émotion a joué un grand rôle, vous allez la retrouver, Messieurs, chez la plupart des autres malades qui vont maintenant vous être présentés. (*A suivre.*)

CLINIQUE MÉDICALE

Gros foie. — Grosse rate. — Ostéomalacie. — Syphilis héréditaire ;

Par M. TISSIER, interne des hopitaux.

Taken Léon, 19 ans, découpeur sur or, entré le 8 novembre 1883, salle Saint-Jérôme, lit n° 2.

Antecédents héréditaires. — Le père, d'une vie quelque peu désordonnée, serait mort d'une maladie des voies urinaires. Eut-il la syphilis ? L'interrogatoire de la mère, qui paraît avoir son mari en petite estime, laisse soupçonner tout ce que l'on veut de moins flatteur pour la mémoire du défunt, mais ne permet d'arriver à rien de précis. La mère, artritique (urticaire, dyspepsie flatulente, coliques hépatiques et craquements articulaires), bien portante actuellement, ne présenta jamais de maux de gorge ni d'éruptions cutanées durables. Elle eut quatre enfants : deux petites filles sont mortes à deux ou trois ans ; il reste (outre notre malade) un grand garçon de trente ans, tousseur, peut-être tuberculeux. Jamais elle ne fit de fausse couche et tous les accouchements eurent lieu à terme.

Antécédents personnels. — Tout jeune, à six ans, fut admis à l'hôpital Sainte-Eugénie pour le « gros ventre. » On lui aurait fait à cette époque une ponction ayant donné issue à du liquide jaunâtre transparent ? Plus tard, à Genève, en 1871, il eut une affection très indéterminée du membre inférieur gauche ; une contracture survenue rapidement, qu'on dut traiter par le redressement brusque de la jambe et l'extension continue. L'enfant était tout jeune, n'ayant que sept à huit ans, et ne peut fournir de détails bien circonstaneiés. Après un traitement très long, il put marcher, aller et venir, mais n'a jamais beaucoup grandi depuis ce moment. Il y a quatre ans, à l'âge de quinze ans, souffrant de faiblesse dans les membres inférieurs et de coliques violentes, il se fit admettre à l'hôpital Saint-Louis dans le service de M. Péan qui le fit passer presque immédiatement chez M. Ollivier, où il demeura quelques mois. Enfin, il y a presque deux ans, il fut reçu à l'hôpital Lariboisière et resta plusieurs mois dans le service de M. Siredey, où il eut deux poussées d'érysipèle qui faillirent l'emporter. On constatait alors à peu près tous les signes que nous notons aujourd'hui : gros ventre, ictère, affaiblissement des membres inférieurs. Le petit malade quitta l'hôpital en avril 1883, pour reprendre son état de découpeur sur or, puis est revenu il y a deux mois à la consultation de M. Siredey. Depuis plusieurs semaines, sa faiblesse s'était accrue ; les membres inférieurs refusaient de le porter, la difficulté de marcher augmentait chaque jour, et dernièrement il a fait une chute qui le fait encore souffrir dans tout le côté gauche.

Etat actuel. — C'est un petit garçon tout chétif et souffreteux, de taille exiguë, ne mesurant guère plus de 1 mètre 30 centimètres ; malgré ses dix-neuf ans passés, on ne lui donnerait pas plus de onze à douze ans. La face et tout le corps sont décharnés, les pommettes saillantes, les membres grêles et les muscles atrophiés. Il n'y pas ombre de barbe sur le visage, pas plus que de poils au pubis. Les organes génitaux, absolument glabres, ont subi, comme la taille, un arrêt de développement : la verge est minuscule, et le testicule gauche, dur comme un noyau de cerise, est gros comme un haricot. Le testicule droit n'est pas descendu dans le scrotum. Outre ces caractères généraux d'infantilisme, qui sont des plus frappants au premier abord, on note la coloration jaune-plombé, bistrée, des téguments, et franchement ictérique des conjonctives. La tête est symétrique, sans déformation natiforme ; l'ogive palatine est normale, et les dents en assez bon état ne présentent aucune crénelure ni irrégularité.

Aux yeux, il n'existe aucun vestige de kératite ancienne, ni d'irrégularité pupillaire. L'ensemble de la physionomie est enjoué et l'intelligence est conservée intacte.

Du côté du thorax, il n'y a rien qu'il faille signaler, si ce n'est l'élasticité remarquable du squelette costal. Le cœur et les poumons ont leurs rapports normaux, et ne souffrent d'aucune altération dans leur fonctionnement. La colonne vertébrale n'est déviée dans aucun sens et n'est pas douloureuse à la pression. Toute l'attention se concentre sur l'abdomen. Celui-ci énormément distendu, principalement à la partie antérieure, est sillonné de deux grosses veines médianes qui font suite aux veines superficielles très dilatées des membres inférieurs et vont rejoindre celles de la paroi thoracique. Le développement du ventre paraît à peu près régulier à la vue ; par la palpation et la percussion on limite dans l'hypochondre droit, s'avançant dans la région de l'épigastre, une tumeur mate, lisse, à bords tranchants, qui n'est autre que le foie notablement augmenté de volume, descendant à trois travers de doigt au-dessous des fausses côtes, remontant jusqu'à deux travers de doigt au-dessous du mamelon et rejoignant en dedans, dans la région ombilicale, une autre tumeur. Celle-ci, extrêmement volumineuse et dure, occupe tout l'hypochondre gauche, descend dans le flanc du même côté jusque dans la fosse iliaque, emplit à vrai dire toute la moitié gauche du ventre et même empiète de quelques centimètres au delà de la ligne médiane dans la portion ombilicale. Cette tumeur, qui est la rate hypertrophiée, s'étend assez loin en arrière : elle mesure exactement vingt-six centimètres de long sur trente de large dans ses plus grandes dimensions. Sa consistance est uniformément résistante ; sa surface est lisse, sans inégalités, ni bosselures : la peau glisse facilement au-devant d'elle ; le bord antérieur qui la limite en dedans offre deux découpures en encoche à la partie supérieure. Dans les parties déclives du ventre, il n'y a pas de matité ni de fluctuation. Les membres inférieurs, actuellement tachetés d'un semis purpurique assez discret, un peu confluent seulement au niveau des malléoles, ont été plusieurs fois le siège d'éruptions semblables ; le moindre choc suffit à produire une sugillation ecchymotique étendue. Les membres très maigres l'un et l'autre, sont d'inégale longueur. Du côté gauche, il y a un raccourcissement évident que la mensuration vérifie ; la diminution de longueur porte à la fois sur la cuisse et sur la jambe gauche et même sur le bassin.

Il semble qu'il y ait modification des rapports de l'articulation coxo-fémorale. La diminution de longueur totale est de sept centimètres et demi. Elle doit dater d'assez longtemps, peut-être du temps où le malade fut soigné pour une contracture du membre inférieur gauche et vient peut-être d'une paralysie atrophique de l'enfance ? Avant les difficultés de la marche, de date récente, l'enfant n'éprouvait qu'une gêne extrêmement légère du fait de cette inégalité de longueur des membres inférieurs. Le membre gauche n'est pas seulement raccourci, il est aussi atrophié : les muscles peu développés des deux côtés, sont encore plus maigres à la cuisse et au mollet gauches. La circonférence crurale mesurée, à huit centimètres au-dessus de la rotule, et à gauche de vingt-huit centimètres et demi, et de trente centimètres cinq à droite. Il faut remarquer que le fémur du côté droit présente dans le tiers supérieur de la diaphyse un épaississement appréciable, ce qui cause en partie la différence de diamètre des deux cuisses. La

pression, au niveau des épiphyses du fémur et du tibia des deux côtés, est pénible pour le malade, mais n'est pas douloureuse à proprement parler. Les divers groupes ganglionnaires du cou, de l'aine et de l'aisselle, n'ont subi aucune hypertrophie. La sensibilité générale et spéciale est intacte ; les garde-robes et la miction s'effectuent régulièrement. L'urine est rendue en quantité habituelle, ne contient ni albumine, ni glucose, et renferme les phosphates en proportion physiologique. L'examen du sang fut pratiqué un grand nombre de fois par Messieurs Chauffard, Martinet, Œttinger, Giraudeau et par nous-même, et n'a jamais montré autre chose que les globules rouges et blancs dans les proportions normales de trois cents pour un. Aucun globule rouge ne contient de noyau, et les globules blancs ne sont pas chargés de granulations pigmentaires. Ainsi, chez ce jeune garçon, on ne peut relever aucun soupçon justifié d'impaludisme, de rachitisme ou de scrofule; et il est impossible, d'après les examens répétés du sang, d'admettre une leucocythémie.

Le docteur Siredey, préoccupé de s'éclairer dans ce cas difficile, pria de ses collègues de l'aider de leurs avis et accepta cette idée émise par M. le professeur Duplay qu'il s'agissait, dans l'espèce, de manifestations syphilitiques héréditaires, toutes les autres hypothèses ayant été successivement examinées et rejetées. En conséquence, le traitement spécifique fut institué le jour même (10 janvier): frictions d'onguent napolitain aux aines, deux grammes d'iodure de potassium par jour. Mais au bout de quatre jours, les gencives, en mauvais état auparavant, se ramollirent, l'haleine devint fétide ; et, comme au septième jour, une éruption miliaire hydrargyrique apparut aux aines, il fallut momentanément suspendre cette médication. Le 21 janvier, M. le docteur Fournier vint à son tour examiner le malade et déclara très nettement qu'on était, à n'en pas douter, en présence d'un sujet atteint de syphilis héréditaire. Le volume du foie et de la rate le frappait comme tous les observateurs ; mais des signes moins importants en apparence établissaient sa ferme conviction : l'atrophie des organes génitaux, la dureté caractéristique du testicule, l'existence de cicatrices blanchâtres, linéaires, disposées autour de la bouche perpendiculairement aux lèvres, à peine perceptibles à l'examen superficiel, mais certaines, la présence de semblables cicatrices à la région lombaire ; enfin l'hypérostose du fémur droit. Le groupement de tous ces signes suffisait, d'après l'éminent professeur de syphiligraphie, pour entraîner la certitude du diagnostic, malgré l'absence des altérations dentaires et cornéennes, et les résultats négatifs fournis par l'enquête.

Le 25 janvier on reprit le traitement iodo-mercurique : deux grammes d'iodure de potassium et vingt centigrammes par jour de proto-iodure d'hydrargyre. Mais une nouvelle éruption de purpura étant survenue le 29 janvier, on interrompit encore le traitement pour quelques jours. Le 3 février, les taches purpuriques s'étant en partie effacées, on remit l'enfant au traitement mixte : deux cuillerées de sirop de Gibert par jour.

Le 13 février, une nouvelle poussée de purpura couvrait les deux membres inférieurs si bien qu'on résolut d'arrêter pour un temps la médication qui, très mal supportée depuis un mois, n'avait encore amené aucun changement avantageux.

Dans les derniers jours de février, l'épaississement du fémur qui n'avait pas beaucoup attiré l'attention jusque-là, s'accusa davantage, et peu à peu la cuisse droite augmenta de volume dans des proportions notables.

Vers les premiers jours de mars, elle présenta à la partie externe une sensation molle de fluctuation tellement apparente que tout le monde crut à une collection liquide due, selon toute probabilité, à la suppuration de la périostite. Cependant il n'y avait pas de fièvre, et les douleurs dans la cuisse n'étaient pas très violentes.

Le 15 mars, le profeseur Duplay fit en dehors de la cuisse, à la réunion du tiers supérieur avec le tiers moyen, une large et profonde incision qui, à la grande surprise du chirurgien et des assistants, ne donna écoulement qu'à du sang. La plaie se cicatrisa rapidement, derrière un pansement de Lister légèrement compressif; et, sous l'effet peut-être du débridement, la cuisse diminua très vite de volume, mais le fémur resta, d'une façon appréciable, plus gros qu'il n'était en janvier. Les choses restèrent ainsi pendant les quatre mois qui suivirent : Avril, mai, juin et juillet. On essaya, à deux ou trois reprises, de remettre l'enfant au traitement spécifique ; mais l'intolérance manifeste pour les préparations iodo-mercuriques, l'irrégularité de l'administration, conséquence forcée de l'intolerance, et, enfin de compte, le peu de succès obtenu par ces tentatives, firent qu'on y renonça pour ne plus administrer que des préparations toniques. Pendant tout ce temps, l'état général resta stationnaire; la rate un jour, dépassant les limites qu'on lui avait trouvées dans le courant de janvier, et qui se voyaient imprimées au nitrate d'argent sur les téguments, un autre jour revenait aux dimensions qui lui avaient été assignées : somme toute, ne variait guère ou présentait une légère tendance à augmenter. Pour le foie, il en était de même. Du côté des autres organes, il ne se présenta rien de nouveau. La cuisse était dans les conditions que nous venons de dire et ne causait aucune souffrance. Cependant le malade, de plus en plus faible, bien que l'appétit fût à peu près conservé, ne pouvait plus, comme précédemment, faire quelques pas dans la salle, et venir se placer à la fenêtre voisine. Il dut, à partir de ce temps, garder le lit d'une façon absolue.

En août, dans les premiers jours, la tuméfaction de la cuisse réapparut, comme au mois de mars, avec tension extrême des téguments, douleur profonde, et toutes les apparences de la fluctuation la plus franche. M. le D[r] Reynier, suppléant le professeur Duplay, fut appelé, et, bien que prévenu de la déception précédemment éprouvée, déclara qu'il s'était vraisemblablement formé une collection de pus autour de l'os malade, à laquelle on devait donner écoulement. L'incision, pratiquée le 8 août, ne fut pas plus heureuse que la première et, en dépit de toutes les explorations du stylet, ne donna issue qu'à du sang. La plaie fut pansée comme la première fois à l'acide phénique et se cicatrisa en peu de temps. Mais l'affaissement de la tumeur fut moins marquée qu'après la première incision et les douleurs persistèrent sourdes et tenaces. Le malade, qui avait jusqu'alors la possibilité de s'asseoir et de se tenir dans un fauteuil pendant qu'on refaisait son lit, à partir du milieu d'août, dut rester couché constamment sur le dos ou sur le côté gauche. L'ictère et la dilatation abdominale étaient les mêmes, la rate avait très légèrement, par sa base, dépassé son ancienne délimitation. Peu à peu, la santé générale s'altéra, l'appétit se perdit; les digestions devinrent difficiles ; puis en octobre la cuisse prit, à sa partie supérieure, un développement énorme : les veines sous-cutanées formaient des lacis bleuâtres serrés comme au niveau des tumeurs de mauvaise nature; le pli fessier et le pli inguinal s'effacèrent, la peau rougit légèrement et la sensation de fluctuation revint plus nette que jamais. La nuit les douleurs, jusqu'à ce jour supportables, deviennent extrêmes, non seulement au niveau de la région tuméfiée, mais tout au long du fémur jusqu'au genou. Le moindre ébranlement pour déplacer le malade est horriblement ressenti ; et des secousses lancinantes parcourent tout le membre, « aussi douloureuses que si on le broyait. » La pression des doigts au niveau de l'épiphyse inferieure cause autant de souffrance qu'au niveau de l'épiphyse supérieure. Le 15 octobre, le professeur Duplay donne un nouveau coup de bistouri qui, cette fois, fait sortir une assez grande quantité de sanie sanguinolente et purulente : la tumeur s'aplatit légèrement, mais il est évident qu'on n'a vidé qu'un foyer développé au milieu d'un tissu de néoplasme. Le fémur est masqué derrière une coque épaisse et résistante de tissus qui englobent toute son extrémité supérieure et qui pénètrent en irradiant les diverses couches musculaires interposées jusqu'à la peau. L'enfant fut un peu soulagé par la dernière opération ; on laissa un drain à demeure pour faciliter l'évacuation complète du foyer hématique;

vers la fin du mois, le drain, de jour en jour raccourci, fut enlevé et la plaie se referma.

Le 8 novembre, sans cause connue, le malade eut une violente diarrhée avec vomissements abondants. C'était le début de l'épidémie cholérique, et on hésita quelques instants sur l'interprétation de la nature de ces accidents. Sous l'influence de la médication éthéro-opiacée, les troubles gastro-intestinaux disparurent rapidement. mais on essaya vainement de ranimer les forces du malade. Quinze jours plus tard, le dimanche soir 23 novembre, la diarrhée revint bientôt accompagnée des vomissements incoercibles, d'altération des traits, d'émaciation rapide, de petitesse du pouls, de sueurs froides visqueuses, et le surlendemain 25, sans refroidissement manifeste, sans crampes bien accusées, malgré la persistance de la sécrétion de l'urine presque aussi abondante qu'à l'état normal, et en dépit des frictions. de l'éther, du laudanum, de l'eau-de-vie et du vin de Champagne, la mort survint dans le collapsus. Dans les derniers jours qui précédèrent l'agonie le ventre s'excava, et la tumeur constituée par la rate diminua d'un tiers de son volume à ce point qu'on se demandait s'il ne s'était pas fait une rupture dans l'abdomen. Mais, en vérité, cette réduction considérable était due à l'abondance des vomissements et du flux intestinal qui exprimaient en quelque sorte tous les viscères.

Autopsie pratiquée le jeudi 27 novembre à huit heures du matin, 18 heures après la mort. — *Thorax*. L'ouverture de la poitrine montre qu'il n'y a dans les plèvres ni dans le péricarde aucune trace d'épanchement. Des adhérences assez nombreuses, mais peu résistantes, fixent le poumon droit à la paroi. Il n'y a ni induration, ni congestion très vive, ni invasion tuberculeuse d'aucun *lobe pulmonaire* droit ou gauche. Pas d'infarctus ni d'hémorrhagie intra-lobulaire ou sous-pleurale. Le *cœur*, petit, contient du sang liquide, poisseux: sans caillots; les ventricules et les oreillettes ont leurs dimensions normales. Les orifices *aortique et pulmonaire* sont suffisantes et l'inspection des diverses valves ne dénote aucune espèce de lésion. On trouve quelques nodules athéromateux jaunâtres, minuscules, plus petits que des grains de chènevis, dans la tunique interne de l'aorte au-dessus des sigmoïdes. Il existe encore quelques traces d'athérome sur le trajet de l'aorte thoracique. Dans la *cavité abdominale*, il n'y a pas de péritonite; pas du tout de liquide. pas la moindre adhérence entre les divers replis péritonéaux. La *rate* à gauche, et le foie à droite, font un relief manifeste bien qu'infiniment moins marqué que durant la maladie. La rate est d'un tissu ferme et sclérosé; la capsule gris-bleuâtre, épaisse qui l'enveloppe, légèrement ridée, présente à sa partie inférieure une plaque gris-blanchâtre épaisse de quelques millimètres, tache laiteuse d'ancienne date. La coupe est noir-ardoisé et ne tarde pas à se colorer d'un rouge vif après exposition à l'air : le tissu splénique est assez ferme et ne se laisse que malaisément déprimer par le doigt. La déchirure en est presque impossible; pas de boue splénique. On voit sur la coupe quelques traînées blanchâtres de sclérose interstitielle. Il n'y a nulle part d'abcès, d'infarctus, ni de gomme. La rate, échancrée légèrement sur son bord antérieur, mesure de haut en bas, 24 centimètres, et d'avant en arrière six centimètres et demi. Son poids est de 1380 grammes. Le *foie*, jaunâtre à la surface, est gros eu égard à la taille et aux dimensions du corps du sujet, mais absolument est de poids normal : il pèse 1380 grammes. La surface est inégale, grumeleuse surtout dans la partie la plus externe du lobe droit. A la coupe. il montre une teinte jaunâtre franche et les saillies granuleuses de la surface apparaissent encore plus accentuées. Nulle part de rétraction cicatricielle, rien de l'apparence ficelée des foies syphilitiques classiques. On ne découvre nulle part de foyer gommeux ou purulent, si multipliées que soient les coupes. La vésicule est remplie de bile noir-verdâtre. Il n'y a dans le canal cholédoque. ni dans le canal cystique aucun obstacle appréciable au cours de la bile. La muqueuse de l'estomac, fortement colorée en rouge-sombre, contient des matières liquides sanguinolentes en grande quantité. La muqueuse du duodénum présente la même teinte rouge. Dans la presque totalité de l'intestin grêle, mais surtout dans la dernière portion, on voit en très grande abondance des granulations blanchâtres psorentériques former un semis serré. ininterrompu. Les plaques de Peyer très manifestes ne présentent aucune altération. La coloration de la muqueuse intestinale est normale. gris-rosé. sans vascularisation extraordinaire. Le gros intestin n'offre aucune particularité notable. La culture de la raclure intestinale dans le bouillon de bœuf gélatinisé et peptonisé donne naissance à un grand nombre de colonies très réfringentes qui se comportent dans les tubes stérilisés comme les cultures de bacilles du choléra et qui sont, en effet, reconnues après coloration à la fuschine, pour des bacilles en virgule manifestes. Les *reins*, violacés dans la portion des tubes, blanchâtres dans la région glomérulaire, sont gros et mollasses: leur surface est légèrement adhérente à la capsule et se laisse déchirer par la décortication. Le bassinet n'est pas agrandi; les uretères sont normaux: les capsules surrénales sont saines. La *vessie* ne contient pas d'urine. L'*urèthre* est sain. Le *testicule* du côté gauche est petit, comme un gros pois, dur comme une bille. Il a été confié à M. Barthélemy qui doit en pratiquer l'examen. Le testicule du côté droit n'était pas descendu et n'a pas été retrouvé dans le ventre. *Cavité crânienne*. Les *méninges*, légèrement œdématiées malgré la diarrhée profuse de la fin de la vie, ne portent aucune trace d'exsudats ni vers le cerveau ni des côtés des os du crâne. les veines sont fortement distendues par le sang. L'examen de l'écorce et des coupes du cerveau ne décèle aucune altération. La base du crâne est normale et ne porte ni exostose, ni ostéophyte. La voûte est également régulière. mais le tissu osseux n'a pas une consistance très dure; sous le marteau, la lame externe s'infléchit et se casse mal. Cette élasticité des os est générale; on peut facilement couper ou traverser les côtes avec le couteau: les os iliaques se laissent traverser de la même façon. Mais cette altération du tissu osseux est surtout prononcée du côté des membres inférieurs.

Le *fémur* du côté droit, reconnu malade pendant la vie, est enlevé. Vers l'union de son tiers supérieur et de ses deux tiers inférieurs, il faut le débarrasser d'une masse musculaire envahie par des traînées gris blanchâtre, demi-transparentes, qui ont pénétré presque toute l'épaisseur des muscles et les font ressembler en certains points à du tissu cancéreux. Ce tissu lardacé, irrégulièrement réparti dans la cuisse, infiltré d'une façon diffuse à travers les muscles, plus abondamment répandu autour de la partie supéro-moyenne de la diaphyse, vient jusqu'à la peau au niveau de la région externe où les incisions chirurgicales ont été pratiquées. On ne trouve au milieu de ces tissus aucun foyer de pus ou de sang. Le fémur est ramolli dans sa totalité, renflé légèrement à son épiphyse inférieure. A la partie moyenne. on constate une fracture spontanée; le périoste est en partie décollé et au-dessous se meut un fragment osseux, ramolli comme le reste de l'os, séparé transversalement par un trait de cassure irrégulière de la partie supérieure de la diaphyse et par un autre trait de fracture transversale de la partie inférieure. Ce fragment mesure 8 centimètres 5, il n'est pas tout à fait libre et indépendant, rattaché par quelques brides fibreuses lâches et quelques lamelles d'os ramolli au corps du fémur par en haut et par en bas. Sa surface est piquée d'un grand nombre de petits pertuis et de fins sillons ressemblant à les vermoulures par où s'échappe à la pression une bouillie médullaire rougeâtre abondante. Ce piqueté et ces petites rugosités existent encore à la surface de l'os au-dessus et au-dessous du fragment, moins accusées. Tout autour du fémur, le périoste, assez adhérent, est très épaissi; notamment à la partie inférieure, près de la bifurcation de la ligne âpre. il présente un épaississement quasi-nodulaire gris rosé. de consistance élastique. s'enfonçant dans le tissu osseux ramolli et se confondant avec lui.

Ce tissu de néoformation a la même apparence que le tissu

des fusées intra-musculaires décrites plus haut et semble être du tissu gommeux. Les articulations de la hanche et du genou sont saines; la rotule a ses caractères normaux. A la coupe longitudinale du fémur, le canal médullaire apparaît considérablement agrandi, rempli de moelle rouge fœtale, au milieu de laquelle court de haut en bas une rigole sinueuse, dilatée en certains points, rétrécie en d'autres, contenant une substance caséeuse, couleur terre glaise foncée ou de matière fécaloïde. Cette substance n'est séparée du tissu médullaire qui l'enveloppe de toutes parts par aucune cloison. La plus large dilatation de cette rigole correspond à l'extrémité inférieure du fragment osseux mobile; c'est en ce point que le tissu compacte de l'os, partout très aminci, est le moins épais; c'est ce qui explique la solution de continuité qui s'est produite spontanément à ce niveau.

Le *tibia* du côté droit, comme le fémur, a une consistance molle, élastique remarquable, telle qu'on peut le couper longitudinalement avec de simples ciseaux, sans effort, comme du carton mouillé. Il n'y a pas de production périostique ni ostéophytique à la surface tibiale. A la coupe, le canal médullaire par raréfaction du tissu osseux, extraordinairement agrandi, contient une moelle rouge très vascularisée. A la partie inférieure, un peu au-dessus de la malléole, la moelle est beaucoup plus pâle, et sur une étendue de 5 à 6 centimètres contraste singulièrement par sa coloration jaunâtre sur la couleur rouge vif de la moelle des parties supérieures. — Le *péroné* est mou et flexible comme un os décalcifié; il ne présente pas d'autres altérations. — L'*articulation coxo-fémorale* gauche est normale, et le fémur de ce côté, très mou comme tous les autres os du squelette, n'offre aucune particularité autre à signaler.

Examen microscopique, par M. A. Siredey, chef du laboratoire d'histologie des hôpitaux. — *Rate:* Les coupes de la rate montrent de nombreuses lésions irrégulièrement dans le parenchime splénique. Elles se rencontrent principalement à la périphérie de la rate et le long des vaisseaux artériels. La capsule de la rate est considérablement épaissie; il en est de même des prolongements qu'elle envoie dans la pulpe splénique. Ces travées fibreuses modifient un peu l'aspect général de la rate sur les coupes. Cependant, la trame réticulée reste assez nette dans les intervalles de ces tractus, et les cellules lymphatiques qui s'y trouvent ne diffèrent pas sensiblement des conditions normales. Les lésions les plus nettes se rencontrent sur les ramifications du système artériel. Au lieu de l'aspect réticulé que présentent habituellement les couches externes de ces artères, on constate un épaississement fibreux à peu près homogène, de telle sorte que la gaine lymphoïde des artères spléniques est remplacée sur un grand nombre de points par du tissu fibreux ne contenant que de rares noyaux.

Une modification analogue s'observe au niveau des corpuscules de Malpighi. Quelques-uns sont complètement transformés en amas irréguliers de tissu fibreux, dans les lacunes duquel se rencontrent quelques globules sanguins. Sur quelques points, ces masses fibreuses forment de véritables tumeurs. Toutefois, on rencontre des follicules ayant conservé l'apparence normale.

Nulle part on ne voit d'amas caséeux ou de tumeurs embryonnaires pouvant donner l'idée de tubercules ou de gommes

En résumé : *Dégénérescence fibreuse des éléments lymphoïdes* sur un grand nombre de points.

Foie. Les coupes du foie présentent des altérations très accentuées et qui portent presque exclusivement sur le tissu conjonctif interlobulaire. A un faible grossissement, on voit que la surface de la préparation est divisée en anneaux irréguliers par des bandelettes épaisses de tissu conjonctif. Ces anneaux fibreux entourent un certain nombre de lobules dont les éléments sont plus ou moins altérés. En général, des prolongements fibreux se retrouvent à la périphérie de chaque lobule, et on voit par places de petites traînées fibreuses qui divisent irrégulièrement les diverses parties d'un même lobule. Quelquefois, plusieurs lobules réunis dans un même anneau sont traversés par des traînées conjonctives irrégulières. Le tissu conjonctif est peu riche en noyaux; les canaux biliaires ne sont pas le siège d'une prolifération active. On ne voit pas à la périphérie du lobule les tubes épithéliaux que l'on y rencontre généralement. Les cellules hépathiques sont relativement peu altérées. Quelques-unes sont graisseuses, mais elles sont seulement troubles et plus granuleuses qu'à l'état normal pour la plupart.

En résumé : *Sclérose à peu près généralisée, affectant principalement le type annulaire avec conservation relative des cellules hépatiques.*

Tissu musculaire dégénéré. Les coupes qui ont été faites au niveau des tumeurs intra-musculaires montrent que les fragments recueillis sont presque entièrement constitués par des tissus altérés. L'élément musculaire normal a pour ainsi dire complètement disparu. A peine trouve-t-on sur de nombreuses préparations quelques fibrilles qui présentent encore des traces de striation. Ces fibrilles sont en quelque sorte perdues au milieu du tissu de nouvelle formation. Celui-ci consiste en une masse fibreuse assez homogène, présentant quelques mailles remplies d'éléments embryonnaires, quelques blocs irréguliers, d'apparence vitreuse, colorés en jaune rougeâtre par le picrocarmin et qui se montrent tantôt isolés, tantôt réunis bout à bout en traînées régulières. Ces éléments informes paraissent être des fibrilles musculaires dégénérées, ayant complètement perdu leur striation.

En résumé : *Dégénérescence complète des muscles.* L'élément contractile, strié, ayant fait place presque partout au tissu embryonnaire dû au tissu fibreux.

Os. De nombreuses coupes faites en divers sens sur le trajet du tibia, en divers points de la diaphyse, montrent que le tissu compacte offre tous les caractères que l'on rencontre habituellement dans le tissu spongieux. En effet, les canaux de Havers sont considérablement agrandis et les lamelles de substance osseuse qui les entourent sont réduites à une très minime épaisseur. Il y a, en un mot, la même disposition que présente normalement le tissu spongieux. On voit en outre à la face interne des lamelles osseuses qui enveloppent les canaux de Havers une couche irrégulière constituée par des cellules de nouvelle formation, et qui semblent former une couche intermédiaire entre la lumière du canal et la paroi osseuse. Ces cellules sont tantôt arrondies, tantôt fusiformes. Quelques-unes semblent s'anastomoser par des prolongements effilés. Sur la plupart des coupes, cette couche est mal limitée du côté interne, tandis que du côté de l'os elle est très facile à distinguer par la différence de coloration.

Il est évident qu'il s'agit là d'une multiplication des éléments embryonnaires de la moelle. Ces altérations se rencontrent d'une façon à peu près uniforme sur toutes les coupes qui ont été faites en divers points de la diaphyse du tibia. Sur quelques coupes, cependant, on observe des prolongements fibreux qui émanent du périoste considérablement épaissi. On ne voit nulle part d'éléments cartilagineux.

En résumé : La lésion osseuse paraît consister principalement dans *une ostéite avec agrandissement des canaux médullaires et transformation embryonnaire* (1).

(1) Communication faite à la *Société anatomique*, 28 nov. 1884.

Femme tetramaze. — Le Dr W.-E. Whilford (de Rossie, New-York), rapporte le cas d'une femme agée de 38 ans, mère de 5 enfants qui souffrait d'un abcès de ses seins. Trois pouces environ au-dessous du mamelon de chaque côté, il y avait des glandes mammaires rudimentaires. Après l'accouchement celles-ci devinrent volumineuses et secrétèrent du lait pendant deux mois environ (*The Chicago medical Journ. Examiner*; may 1884, p. 528). — Nous avons cité plusieurs cas analogues dans les précédents volumes du *Progrès médical* et l'on trouvera dans la *Revue photographique des hôpitaux*, 1870, t. II, p. 17-19, trois autres cas. Il y a la le sujet d'une thèse intéressante et facile à faire.

PATHOLOGIE INTERNE

Cas de Phtisie laryngée avec granulations et ulcérations tuberculeuses du pharynx et perforation de la paroi laryngo-pharyngienne ;

Par le Docteur Philippe REY, médecin adjoint de l'asile de Ville-Evrard.

SOMMAIRE. — Homme alcoolique, épileptique. — Troubles intellectuels. — Phtisie pulmonaire avancée. — Symptômes de phtisie laryngée. — Dysphagie. — vomissements. — Mort.

AUTOPSIE. — Lésions tuberculeuses des poumons, du larynx et du pharynx.

Lal..., âgé de 40 ans, boulanger, entre à l'asile de Ville-Evrard (service de M. le Dr Espiau de Lamaëstre), le 29 novembre 1880. Les certificats qui l'accompagnent le déclarent atteint d'alcoolisme chronique avec accidents subaigus, hallucinations, excitation maniaque et attaques d'épilepsie.

Rien de positif sur les antécédents héréditaires. Pas de maladie antérieure connue ; santé habituellement satisfaisante. Il n'y a aucun doute sur les habitudes alcooliques du malade, qui faisait de continuels excès de vin blanc, vermouth, et surtout d'absinthe. Il buvait cette liqueur sans eau et à pleins verres. Peu à peu, le caractère de Lal... a changé. Il est devenu irritable, querelleur, violent. Depuis deux ans, il est sujet à des attaques d'épilepsie, qui, rares au début, sont devenues peu à peu plus fréquentes et se sont accompagnées de troubles intellectuels.

L'état du malade, dans les premiers jours, est celui-ci : affaiblissement des facultés intellectuelles, diminution marquée de la mémoire. L'excitation maniaque, les hallucinations ont disparu ; le malade est tranquille ; la sensibilité cutanée est émoussée surtout à gauche. *La santé générale est bonne.* Depuis son admission jusqu'à la fin de Juin 1881, Lal... a eu cinq attaques d'épilepsie. Telles sont les quelques notes inscrites sur la feuille d'observation.

Fin Juillet. C'est à cette époque que j'ai pu observer le malade. Je le trouve dans un état de dépression mélancolique profonde, avec obtusion de l'intelligence et amnésie partielle. Il ne cesse de gémir, de se plaindre, et refuse de prendre ses repas. Il est maigre, le facies exprime la souffrance ; la voix est faible, la peau chaude. L'auscultation nous révèle les signes d'une phtisie pulmonaire avancée : craquements humides aux deux sommets avec respiration soufflante et retentissement de la voix. L'examen de la gorge ne nous montre qu'une rougeur diffuse ; mais la pression, même légère, sur le cartilage thyroïde provoque une vive douleur ; l'examen au laryngoscope n'a pas été fait ; le malade ne s'y serait certainement pas prêté. La toux est assez rare, et les crachats sont peu abondants. La déglutition des aliments, même des liquides, est des plus pénibles ; quelquefois, ils sont immédiatement rejetés. Pour remédier à ces accidents, nous avons recours à la sonde œsophagienne, et dès le premier jour (11 avril 1881), son introduction détermine de vives douleurs. Le lendemain, au début de l'opération, il survient un accès de suffocation qui oblige à retirer la sonde, *avant l'injection du liquide.* Dès lors, il devient impossible d'alimenter le malade, l'état général s'aggrave, l'aphonie devient complète. Mort le 13 août.

AUTOPSIE. — La dure-mère adhère par quelques points à la voûte crânienne. Les méninges sont épaissies et opalescentes, avec quelques plaques ecchymotiques disséminées. Pas d'adhérences avec la substance cérébrale. La couche corticale est notablement diminuée et décolorée. Le poumon droit par son sommet est adhérent à la cage thoracique et farci de tubercules à différents degrés d'évolution ; le sommet présente en outre deux petites cavernes. La plèvre contient une petite quantité de liquide purulent. Mêmes lésions, mais moins avancées, siégeant dans l'étendue du poumon gauche. Le cœur est volumineux, graisseux ; le foie présente la dégénérescence graisseuse. L'estomac est fortement plissé. Sa muqueuse est d'un gris ardoisé et ramollie. L'intestin grêle ne présente pas de lésions tuberculeuses. Les ganglions mésentériques sont tumefiés. Les reins sont volumineux et graisseux.

Larynx. — Rien à l'épiglotte. Petites ulcérations sur les cordes vocales inférieures. Le cartilage cricoïde est ossifié dans toute son étendue ; la portion postérieure est nécrosée et à ce niveau, il existe une perforation, à bords déchiquetés, qui met en communication le larynx et le pharynx. Cette perforation intéresse le tiers inférieur du cartilage cricoïde et le bord supérieur du premier anneau de la trachée.

Pharynx. — La muqueuse est ramollie et présente quelques granulations tuberculeuses et de petites ulcérations confluentes autour de la fistule laryngo-pharyngienne.

RÉFLEXIONS. — Tous les auteurs assignent à l'alcoolisme une large part dans l'étiologie de la tuberculose pulmonaire. Dans les asiles d'aliénés où cette affection est commune et figure parmi les causes principales des décès, c'est chez les alcooliques qu'elle exerce particulièrement ses ravages. Thore (1), Goulden (2), Longeaud (3), Cullère (4), parmi les auteurs de monographies spéciales, ont donné des observations et des statistiques tristement éloquentes. Aussi sommes-nous autorisé à établir une relation de cause à effet entre les habitudes alcooliques de notre malade et l'affection à laquelle il a succombé. Cependant, l'absence de renseignements positifs sur les antécédents héréditaires et personnels ne nous permet pas d'être affirmatif.

L'histoire clinique est bien limitée pour une maladie généralement lente et progressive et dont les différents symptômes sont faciles à observer. Mais, sans parler des difficultés quelquefois insurmontables, qu'on rencontre dans l'examen des organes chez les aliénés agités ou plongés dans la stupeur, il est positif que, chez ces malades, la symptomatologie des affections incidentes est souvent incomplète. Les débuts passent inaperçus, et alors que l'affection est déjà avancée, les signes importants peuvent encore faire défaut. Aussi ne doit-on pas s'étonner que chez ce malade qui, à son entrée, présentait toutes les apparences d'une bonne santé physique, la phtisie pulmonaire ait été longtemps ignorée. Ce sont les accidents du côté du larynx et du pharynx, modification du timbre de la voix et surtout la difficulté de la déglutition, qui ont attiré notre attention.

L'autopsie nous a révélé des lésions communes de la phtisie pulmonaire et, avec elles, des altérations qui sont loin d'être fréquemment observées. Telles sont l'ossification et la nécrose du cartilage cricoïde, la destruction, dans une certaine étendue, de la paroi laryngo-pharyngienne, et les lésions tuberculeuses du pharynx.

Dans l'article œsophage du Dictionnaire des Sciences médicales Michel cite trois cas de tuberculose du pharynx, l'un de Follin, les deux autres d'auteurs allemands : dans aucun de ces trois faits il n'y avait destruction de la paroi, pas plus que dans le cas de Liouville (Société anatomique, 12 février 1875), où il y avait ulcération profonde sur la face antérieure du pharynx avec nécrose du cartilage cricoïde. Nos recherches bibliographiques ne nous ont fait connaître aucun cas semblable à celui que nous publions. Nous avons dit que, dans les derniers jours, on avait dû recourir au cathétérisme œsophagien. Cette opération a été pratiquée avec une sonde molle ; cependant, dans l'état de désorganisation où se trouvait la pa-

(1) Thore. — *Etudes sur les maladies accidentelles des aliénés.*

(2) Goulden. — *Sur la mortalité chez les aliénés et les affections incidentes, dans l'aliénation mentale.*

(3) Longeaud. — *De l'influence des excès alcooliques sur la production de la phtisie pulmonaire, spécialement chez les aliénés.*

(4) Cullère. — *Contribution à l'étude de la tuberculose chez les aliénés.*

roi antérieure du pharynx, ne peut-on penser que cette manœuvre ait produit la perforation? Cette hypothèse, admissible selon nous, donnerait un intérêt particulier à notre cas, aujourd'hui que la méthode du gavage des phtisiques tend à se généraliser. Il montrerait que cette opération n'est pas sans danger et que de grandes précautions doivent être prises dans le cas où le malade a de la dysphagie avec régurgitation des aliments, signes, qui d'après Michel, doivent faire soupçonner les ulcérations tuberculeuses de l'œsophage.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Des placements volontaires dans les asiles d'aliénés de la Seine.

Il existe deux sortes de placements pour les aliénés dans les asiles : les *placements d'office* et les *placements volontaires*. En général, les *malades riches* sont placés par leurs familles dans les maisons de santé privées, sans l'intervention de la police ; celle-ci n'intervient qu'en cas de scandale ou de violences sur la voie publique. Quant aux *malades pauvres* ou *peu aisés*, qu'il y ait ou non scandale, violences, etc., les *placements* dans les *asiles publics* se faisaient d'*office* pour la très grande majorité, il y a quelques années, et se font encore pour un trop grand nombre, c'est-à-dire que les malades sont conduits, soit par les familles, soit par l'intermédiaire du commissaire de police, au *dépôt de la Préfecture de police* et de là, après un séjour plus ou moins long, transférés au Bureau d'admission de l'*Asile clinique* (Ste-Anne).

En 1878, le Préfet de la Seine s'était simplement réservé 160 *placements volontaires d'indigents*, dont 40 pour les enfants, dans les cinq asiles, ou quartiers d'hospice du département. Mais cette mesure était peu connue et le placement volontaire d'un indigent exigeant l'envoi d'une demande au Préfet, une enquête, etc., etc., la réponse n'arrivait aux familles qu'au bout de 8, 10 ou 15 jours. On conçoit les inconvénients de semblables retards lorsqu'il s'agit d'un malade aliéné. C'est pourquoi, en novembre 1878, nous avons demandé au Conseil général d' « inviter l'Administration à faciliter les placements volontaires et à abréger le plus possible les formalités (1) ». C'était un premier pas, bien timide, dans la voie des améliorations. Il y avait mieux à faire ; c'est pour cela que, l'année suivante, nous avons insisté dans les termes suivants :

« Actuellement, disions-nous, tous les malades, sauf ceux qui ont les avantages des placements volontaires, doivent passer par le *Dépôt de la Préfecture de Police* où ils font un séjour plus ou moins long, qui est quelquefois de deux jours. Cette obligation est très pénible pour les familles et est souvent dangereuse pour les malades, principalement pour ceux qui ont encore une partie de leur raison, ou pour ceux qui sont affectés de certaines formes d'aliénation, comme le délire de persécution. Elle constitue d'ailleurs une inégalité choquante qu'il convient de faire disparaître.

« Les familles riches ont, en effet, la faculté de conduire *directement* dans les maisons de santé, leurs parents frappés de folie. Pourquoi n'en serait-il pas de même pour les familles pauvres ? Rien de plus facile, du reste, que de mettre fin à ce triste état de choses, en autorisant les familles à conduire directement leurs malades au bureau d'admission de Sainte-Anne, quand elles ont rempli les premières formalités exigées par la loi, absolument comme elles les conduisent à l'hôpital pour une affection ordinaire. Il est grand temps de considérer l'*aliéné* comme un *malade ordinaire* et de faire disparaître les préjugés qui règnent encore à ce sujet. Si cette mesure était adoptée par vous et par l'Administration, le Dépôt de la Préfecture ne servirait plus qu'aux personnes arrêtées par la police, atteintes ou réputées atteintes d'aliénation mentale.

« Le rétablissement des placements volontaires n'a supprimé le passage à la Préfecture que pour un nombre très minime d'aliénés indigents. En effet, il y a eu en 1879, 25 placements volontaires à Vaucluse, 96 à Sainte-Anne et 4 à Ville-Evrard. Vous voyez, par ces chiffres, qu'une réforme est urgente et qu'il y a lieu d'inviter l'Administration à étendre les placements volontaires à tous les malades dont l'admission est sollicitée par les familles. »

Dans notre *Rapport sur les Budgets et Comptes des Asiles d'aliénés et sur les mesures diverses relatives au service* (Budget de 1881), présenté au Conseil général le 27 nov. 1880, après avoir reproduit les arguments qui précèdent, n'ayant pas obtenu satisfaction de l'Administration, nous ajoutions (p. 66) :

« Votre commission pense donc qu'il convient de maintenir les placements volontaires d'aliénés payant au même chiffre qu'en 1880 (soit 470) et de laisser pour les *placements volontaires* d'aliénés *indigents* toute latitude à l'Administration ; — d'inviter l'Administration à examiner d'urgence les demandes qui lui sont faites et à ne pas prolonger pendant cinq à dix jours, comme cela se fait trop souvent, les réponses aux familles. »

Le 30 nov. 1881, nous reproduisions les mêmes arguments (1). Un an se passe encore et l'Administration ne change rien à ses errements, tant il est difficile de réaliser une réforme dans notre pays ! Nos collègues de la Commission nous donnent mission de persister :

« La situation étant la même (2), écrivions-nous le 19 décembre 1882, dans le *Rapport sur le service des aliénés* (Budget de 1883), au nom de la troisième Commission, nous insistons de nouveau, afin que vous invitiez l'Administration à tenir enfin compte de vos décisions. Dans le but de lui faliciter sa tache, vous avez décidé qu'il y avait lieu de lui accorder toute latitude pour les *placements volontaires d'indigents*. — Malgré cela, la progression est très lente. En effet, on a compté 25 placements volontaires gratuits en 1879, 31 en 1880 et 35, du 1er janvier au 31 octobre 1882. D'où il suit que, malgré votre insistance, les familles pauvres trouvant toujours des difficultés à la Préfecture de la Seine pour le placement de leurs malades à Sainte-Anne, et qu'au lieu de les aider on préfère les renvoyer à la Préfecture de Police. Il est temps que cette situation cesse : à vous d'exiger que l'Administration se conforme à vos vœux, en autorisant les familles à conduire directement leurs malades au bureau d'admission. L'enquête, nécessaire pour s'assurer de la situation de fortune des malades, serait faite après l'admission, au lieu d'être faite avant, et il n'en résulterait aucune perte pour les finances départementales.

« Pour ce qui est des malades arrêtés sur la voie publique ou à domicile, votre Commission invite de nouveau M. le Préfet de Police à joindre au certificat du médecin de la Préfecture de Police une note indiquant les motifs de l'arrestation, les conditions dans lesquelles elle a été opérée, etc. Les médecins y puiseraient d'utiles renseignements pour les soins à donner aux malades, pour le pronostic, etc. L'Administration ne peut s'y refuser, puisque quelques-uns de ses employés communiquent aux journaux politiques ces renseignements plus ou moins dramatisés. Enfin, nous croyons qu'il est urgent d'apporter des améliorations dans le *mode de transport des malades* du dépôt de la Préfecture de Police au bureau d'admission. La disposition des voitures a quelque chose de barbare. Espérons que dans un an nous aurons la satisfaction de vous faire connaître que M. le Préfet de Police s'est conformé à vos vœux. »

Le personnel du bureau des aliénés de la Préfecture de la Seine ayant été transformé, les mauvaises volon-

(1) *Rapport sur le service des aliénés.* (Budget de 1879), 26 novembre 1878. p. 30.

(1) *Rapport sur le service des aliénés*, etc. (Budget de 1882), p. 18.

(2) La progression des placements volontaires gratuits avait, en effet, été peu sensible puisque, en 1882, il n'y en avait eu que 62 sur 3,073 entrées au bureau d'admission.

tés qui s'opposaient à l'exécution du vote si souvent renouvelé du Conseil général se sont évanouies. En effet, en 1883, il y a eu 191 placements volontaires gratuits et 330 en 1884. Mais si l'on songe que le nombre des entrées au Bureau d'admission de l'Asile clinique s'est élevé à plus de 3,000 dans cette même année 1884, on voit que le nombre des malades aliénés qui passent par le dépôt de la Préfecture de police est encore beaucoup trop considérable. A quoi cela tient-il ? A ce que la plupart des médecins ignorent la décision prise par le Conseil général et enfin acceptée par l'Administration. C'est pourquoi nous avons pensé que ce serait rendre service aux médecins et partant aux malades en plaçant sous leurs yeux les citations qui précèdent.

Conclusion : *Tout aliéné peut être conduit* DIRECTEMENT *par ses parents ou ses amis au bureau d'admission de l'Asile clinique* (Ste-Anne), *sans passer par la Préfecture de police, à la condition d'avoir un certificat médical légalisé par le commissaire de police du quartier et l'extrait de l'acte de naissance du malade* (1).

BOURNEVILLE.

Encore les médicaments de Garde.

Le *Progrès médical* a déjà publié (n° 42, 18 octobre 1884) un article dans lequel l'un de ses collaborateurs faisait ressortir l'insuffisance des médicaments mis par l'Administration à la disposition de l'interne de garde. Le nouveau règlement édicté le 17 juin 1884 menace de créer encore des complications qui sont surtout fâcheuses pour les malades. En effet, nous apprenons qu'il n'y a pas encore huit jours un homme fut admis, dans un hôpital du centre, pour une blessure grave de la face qu'il s'était faite en tentant de se suicider. Désespéré d'avoir manqué son coup, le malheureux était en proie à une telle excitation que l'interne de garde crut urgent de prescrire une injection de un centigramme de chlorhydrate de morphine. Cette substance n'étant pas portée sur la liste des médicaments de garde, il pensa néanmoins qu'il n'outrepassait pas ses droits en prescrivant une solution de un centigramme de morphine dans un centimètre cube d'eau, solution qui lui fut délivrée. Le lendemain matin le directeur de l'hôpital faisait appeler l'interne et lui déclarait que dorénavant les internes devraient s'en tenir à la stricte teneur du règlement.

Puisque l'on n'hésite pas à confier à un interne la garde d'un grand hôpital, n'est-il pas nécessaire de laisser à sa disposition tous les moyens nécessaires pour mener à bonne fin la mission qui lui est confiée? Quand abolira-t-on ces mesures restrictives et dont les malades sont les premiers à souffrir?

(1) Il y a une quinzaine d'années, ou davantage, quelques-uns des membres d'une Commission administrative avaient signalé les inconvénients du passage des malades aliénés au dépôt de la Préfecture de police. M. Lasègue, qui faisait partie de cette Commission, protesta « comme un forcené » contre la mesure si humaine que l'on proposait.

NOUVEAU JOURNAL. — Nous recevons le premier numéro de la *Gazette française de médecine et de pharmacie*, revue des spécialités pharmaceutiques, paraissant à Paris les 5, 15 et 25 de chaque mois.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 13 avril 1885. — PRÉSIDENCE DE M. BOULEY.

M. Ch. RICHET poursuit ses recherches *sur l'influence du système nerveux sur la calorification.* Déjà il a montré que des lapins dont le cerveau a été piqué subissent un accroissement de température de plusieurs degrés. Si l'on continue, chez le même lapin, à faire chaque jour des piqûres de plus en plus profondes, on provoque en même temps que de l'encéphalite, des abcès du cerveau et de l'œdème des ventricules, des symptômes de plus en plus graves, caractérisés par un rapide amaigrissement, des paralysies, de la titubation, de la diarrhée, et, simultanément, un abaissement énorme de température, laquelle, dans les derniers jours, peut tomber à 28° et 26°. Ainsi, l'excitation du cerveau produit de l'hyperthermie, tandis que la destruction et la suppuration prolongée produisent de l'hypothermie. Ces variations de température tiennent-elles à des variations dans la production ou dans la déperdition de chaleur ? M. Ch. Richet a pu résoudre cette question, à l'aide d'un calorimètre construit sur ses ordres et qu'il appelle calorimètre à siphon. Il résulte de ses expériences que la fièvre est due non à une déperdition moindre, mais à une production plus grande de chaleur. De même que l'hyperthermie des lésions cérébrales coïncide avec une production exagérée de chaleur, de même l'hypothermie, due à ces mêmes lésions, plus profondes, coïncide avec une production moindre de chaleur. Si le système nerveux est le régulateur de la chaleur, c'est par une action sur la vie chimique bien plutôt que par une influence vaso-motrice.

MM. J. REGNAULD et VILLEJEAN ont étudié *l'inhalation du formène et du formène monochloré* (chlorure de méthyle). Le formène n'a aucune action anesthésique ; des expériences, fondées sur les principes établis par M. Paul Bert, montrent qu'il n'est pas permis de comparer les propriétés de ce corps à celles du protoxyde d'azote. Quant au formène monochloré, ou chlorure de méthyle, les propriétés anesthésiques ont été observées en 1867 par Richardson : MM. Regnauld et Villejean montrent que le poids de ce corps nécessaire pour produire l'anesthésie est supérieur à celui du chloroforme: il est presque double pour les chiens. L'élimination du chlorure de méthyle est rapide : aussi la période de retour à l'état normal est-elle d'une remarquable brièveté.

M. J. HÉRICOURT adresse une note *sur la nature indifférente des bacilles-courbes ou bacilles-virgules*, et sur la présence de leurs germes dans l'atmosphère. Il a rencontré ces bacilles dans toutes les eaux, quelle que soit leur nature et leur origine : leurs spores existent dans toutes les poussières. Aussi, il n'est pas étonnant de rencontrer ces microbes partout où l'eau et l'air peuvent avoir accès. La présence de ces bacilles-virgules dans les déjections de cholériques ne semble ainsi nous donner aucune indication sur leur rôle pathogénique.

Paul LOYE.

Séance du 20 avril 1885. — PRÉSIDENCE DE M. BOULEY.

M. VULPIAN a étudié les différences que paraissent présenter les diverses régions de l'écorce grise cérébrale, dites *centres psycho-moteurs, sous le rapport de leur excitabilité.* — Le courant minimum qui peut faire contracter les muscles de la face par l'excitation de la région cérébro-faciale du cerveau, ne suffit pas pour mettre en action les muscles des membres supérieurs ou inférieurs, alors qu'on excite les régions de l'écorce, dites cérébro-brachiale et cérébro-crurale. M. Vulpian ne croit pas que ces résultats tiennent à des différences réelles d'excitabilité de la substance grise ou de la substance blanche sous-jacente; il pense qu'ils dépendent de la distance séparant les régions cérébrales électrisées des foyers d'origine d'où émanent, soit dans le bulbe rachidien, soit dans la moelle

épinière, les nerfs mis en jeu par la faradisation du cerveau. Plus ces foyers sont éloignés de la région cérébrale électrisée, plus l'excitation de cette région doit être forte pour les atteindre.

Cette interprétation est en désaccord avec la théorie dite de l'*avalanche*, créée par M. Pflüger, d'après laquelle les excitations électriques lancées dans un nerf moteur deviennent de plus en plus fortes en parcourant ce nerf, du point excité vers sa terminaison périphérique. Les expériences que M. Vulpian vient de faire sur le nerf sciatique poplité externe lui permettent cependant d'affirmer que ces excitations perdent, au contraire, progressivement de leur énergie pendant ce parcours : cette diminution de force peut empêcher l'excitation, si elle porte sur un point du nerf éloigné de la périphérie, de donner lieu à une contraction. On s'explique ainsi comment, chez un chien anesthésié par des doses successivement croissantes de chloral; la région cérébro-faciale semble conserver son excitabilité alors que celle des régions cérébro-brachiale et cérébro-crurale est déjà abolie.

M. Villiers a retiré, par la méthode de Stas, un *alcaloïde des organes de deux enfants morts de broncho-pneumonie consécutive à la rougeole.* — Cet alcaloïde se trouve dans le poumon; on le trouve au moins en proportion aussi grande dans le foie qui subit généralement dans cette maladie la dégénérescence graisseuse, on le rencontre également dans les reins. Ses propriétés diffèrent de celui que M. Villiers a découvert dans les organes des cholériques. Paul Loye.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 25 *avril* 1885. — Présidence de M. Hanot.

M. Vignal présente une chambre chaude applicable au microscope, construite sur les données de M. d'Arsonval.

M. Rabuteau expose la suite de ses recherches sur les poids moléculaires des corps comparés à leur toxicité. C'est ainsi que, dès 1870, il a pu déterminer que les alcools sont d'autant plus toxiques que leur poids moléculaire est plus élevé. Il en résulte ce fait qu'il a vérifié, et pour lequel il réclame la priorité, puisque ses travaux ont paru bien avant ceux de MM. Dujardin-Beaumetz et Pigé, que l'alcool éthylique est plus toxique que l'alcool méthylique *pur*. La loi qu'il a posée est également vraie pour les ammoniums quaternaires.

M. Barrier a examiné des pièces curieuses provenant d'une brebis soumise à l'observation de M. Venant, vétérinaire à Clamecy. Il s'agit d'une brebis qui mit bas un fœtus à terme par une ouverture consécutive à une escharre de la paroi abdominale inférieure. L'autopsie montra qu'il y avait eu rupture de la matrice, renversement de celle-ci et abouchement au moyen d'une plaie, suite d'escharre, avec la paroi abdominale. Il eût été intéressant, si l'animal avait vécu, de se livrer par cette voie à des expériences de fécondation artificielle.

M. Ch. Féré, dans une communication faisant suite aux précédentes, montre que, sous l'influence de la fatigue, un sujet normal peut être mis dans un état analogue à l'état habituel de certains névropathes; l'effet excito-moteur des mouvements passifs se produit alors avec une intensité très voisine de celle qu'on observe chez les hypnotiques. M. Féré cherche à établir un rapport entre les paralysies par épuisement et les paralysies psychiques. De cette analogie on pourrait déduire l'indication des mouvements passifs dans le traitement de certaines paralysies hystériques. Certains groupes de muscles sur lesquels on ne peut agir directement peuvent être mis en jeu indirectement par le fait du voisinage de leur centre cérébral avec le centre d'autres muscles sur lesquels on a une action. Dans le cas d'aphasie motrice suggérée, il est possible de ramener les mouvements adoptés de la langue en provoquant des mouvements énergiques du membre supérieur droit. M. Féré s'appuie sur ces associations fonctionnelles pour expliquer la persistance de la mimique des membres et pour interpréter la localisation fonctionnelle du langage articulé dans l'hémisphère gauche du cerveau.

M. Brown-Séquard insiste sur l'intérêt que présente la communication de M. Féré, car l'état des muscles suppose un état corrélatif du cerveau; on peut tirer de ces faits de nombreuses applications médicales et thérapeutiques.

M. Ch. Féré ajoute que les résultats qu'il a obtenus concordent avec les idées déjà émises par Gratiolet et Feuchtersleben.

M. Bloch estime qu'il faut tenir grand compte, dans cette question, de l'action musculaire comparée à l'action cérébrale. Se basant sur les expériences de M Marey, il dit qu'aussi bien dans les mouvements passifs que dans les mouvements actifs les modifications circulatoires qui se passent du côté des muscles, nous autorisent à admettre que les phénomènes locaux sont aussi importants à considérer que les phénomènes cérébraux.

M. Ch. Féré, tout en insistant sur ce fait que les modifications locales ne sauraient influencer la force dynamométrique des muscles du côté opposé, n'a pas prétendu dire que les phénomènes cérébraux jouaient seuls un rôle dans cette question, bien que ce rôle lui paraisse prépondérant.

Gilles de la Tourette.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 28 *avril* 1885. — Présidence de M. Bergeron.

M. Panas fait une communication sur la *cocaïne*. Dans une séance précédente, M. Panas avait insisté sur l'action anesthésiante de la cocaïne et annoncé que cette substance était en même temps un mydriatique. La cocaïne coûtant très cher, les feuilles de la coca sont soumises une première fois à l'action de l'eau chaude, et épuisées une seconde fois dans les mêmes conditions. A la suite de cette deuxième opération on trouve la cocaïne mélangée à un dérivé de l'hygrine. Il est probable que cet éther d'hygrine a la propriété de provoquer la dilatation de la pupille.

M. Rochard lit un *rapport* relatif à un mémoire de M. Combes sur les *altérations dentaires chez les morphinomanes.*

M Ollivier fait une communication sur la *contagion de la tuberculose par les voies respiratoires*, qu'il résume ainsi. Il serait utile, nécessaire même : 1° d'isoler, dans les familles comme à l'hôpital, les enfants tuberculeux; 2° de ne pas laisser longtemps séjourner auprès d'eux les enfants bien portants et surtout d'interdire à ceux-ci de coucher dans la même chambre; 3° d'assurer une ventilation parfaite dans les pièces occupées par les petits malades; 4° de nettoyer avec soin les objets de literie, les vêtements, les linges souillés par les matières expectorées et de détruire celles-ci par des agents physiques ou chimiques énergiques, afin de prévenir leur dessication et leur dissémination dans l'atmosphère.

M. Mehu lit plusieurs rapports sur les remèdes secrets.

Election d'un membre correspondant national (1re *division*) Sont présentés en première ligne, M. Mignot (de Chantelle); en deuxième ligne, M. Rollet (de Lyon); en troisième ligne, M. Feltz (de Nancy). Au premier tour de scrutin, M. Mignot est élu par 42 voix, contre 11 à M. Rollet et 5 à M. Feltz et 1 bulletin blanc

L'Académie se constitue en *comité secret* à l'effet d'entendre la lecture du *rapport* de M. Vidal sur les titres des candidats à la place vacante dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale. La Commission présente, en première ligne et ex æquo, MM. Desnos et Milne-Edwards: en deuxième ligne, M. Dumontpallier; en troisième ligne, MM. Blachez, Ferrand et Hallopeau.

A. Josias.

Société médicale d'Amiens. — Question mise au concours pour l'année 1886 : *De l'emploi des anesthésiques dans les accouchements naturels.* Les mémoires doivent être expédiés franco et sous les formes académiques jusqu'au 31 mars 1886 au plus tard au secrétaire de la Société.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 10 *Octobre* 1884. — Présidence de M. Cornil.

4. Sarcome mélanique de la peau. — Ablation. récidive locale et généralisation rapide ; par Noël Hallé, interne des hôpitaux.

La malade. âgée de 52 ans, et dont les antécédents ne présentent rien d'intéressant à relever, a été opérée au mois de juillet dernier (1884 . par M. le Dr Monod, à l'hospice d'Ivry, d'une petite tumeur mélanique cutanée, siégeant à la région hypogastrique.

Nous n'avons aucun détail, ni sur le début de l'affection, ni sur le volume de la tumeur enlevée : c'était peu de chose, dit la malade. A l'hypogastre existe une cicatrice linéaire transversale de 4 à 5 centimètres de longueur: dans l'aine gauche, cicatrice opératoire de même étendue, résultat de l'ablation de ganglions déjà malades.

La guérison a été rapide ; en trois semaines, les deux plaies étaient cicatrisées. Mais déjà avant la sortie de l'hôpital, un début de récidive dans la cicatrice hypogastrique avait été constaté par le chirurgien ; malgré cela, la santé générale était restée bonne; elle n'est guère altérée vraiment que depuis une quinzaine de jours.

La récidive locale est fort peu de chose. Dans la cicatrice même et autour d'elle existent trois petits noyaux du volume d'un pois, légèrement saillants, de consistance molle, colorés en noir bleuâtre, et recouverts d'une couche épidermique lisse et transparente; dans l'aine droite, on sent plusieurs ganglions tuméfiés assez volumineux; presque rien dans l'aine gauche.

Les troubles accusés par la malade sont assez vagues. Depuis huit à dix jours, elle souffre du ventre et du côté droit; elle va difficilement à la selle, avec de violentes coliques. L'appétit est complètement perdu, et depuis quelques jours même, elle vomit tous ses aliments. Elle a pâli et perdu presque brusquement ses forces, maigri aussi, bien qu'elle soit encore d'un fort embonpoint. Le ventre a grossi rapidement. Elle tousse un peu et présente une dyspnée vive; il n'y a point de fièvre. Le ventre est dur, tendu, douloureux à la pression dans toute son étendue, mais surtout vers la région hépatique. Il y a une tuméfaction générale manifeste de l'hypochondre droit. Malgré l'épaisseur de la paroi, on peut en la déprimant sentir audessous du rebord des fausses côtes droites le foie dur et lisse, qui déborde de quatre travers de doigt environ. Sa matité remonte jusqu'au sein. Pas de bruits anormaux à l'auscultation du cœur, ni du poumon ; le murmure vésiculaire est faible, la respiration haletante, précipitée.

L'affaiblissement fait de rapides progrès : en quelques jours, sans qu'il se soit manifeste aucun symptôme bien particulier, les traits s'altèrent. le visage maigrit; la malade cesse complètement de s'alimenter; la dyspnée augmente, les urines deviennent rares. Elle tombe dans un état de profonde somnolence, entrecoupé de subdélirium et de gémissements. Enfin, elle succombe dans le coma, après avoir présenté, pendant les deux derniers jours, une légère teinte subictérique, — quinze jours après son entrée à l'hôpital, — un mois après le début des troubles de la santé générale. — Nous avions diagnostiqué la généralisation au foie et aux poumons, mais les lésions étaient bien plus diffuses.

Autopsie.—Les ganglions inguinaux droits, très altérés, varient du volume d'un pois à une grosse noix et sont d'un noir foncé. Leur consistance est très molle ; les plus volumineux s'écoulent en une véritable bouillie noir sépia dès que leur enveloppe est ouverte. Dans l'aine gauche, deux ou trois petits ganglions seulement présentent ces altérations. La récidive cutanée présente l'aspect déjà décrit, avec quelques petits points noirs gros comme des têtes d'épingle, disséminés alentour dans l'épaisseur du derme. — L'*abdomen* contient une faible quantité de liquide ascitique fortement teinté en rouge, sanguinolent. L'intestin et les ganglions mésentériques sont sains ; il n'existe aucune trace de péritonite. — Les lésions du *foie* frappent tout d'abord ; il est très volumineux, pèse 3,600 grammes, et conserve sa forme et presque sa consistance normale; il est d'une coloration noire foncée presque uniforme; c'est à peine si, sur certains points de sa surface, on retrouve, au milieu de noyaux moins confluents des traînées jaunâtres, vestiges de la substance hépatique normale. A la coupe, il est mou, presque diffluent par places, infiltré presque complètement de substance mélanique en noyaux confluents. — La *rate*, un peu hypertrophiée, offre à sa surface, mais surtout dans son épaisseur, une trentaine au moins de noyaux mélaniques noir foncé, disséminés, les plus gros diffluents. — Les *reins* sont presque sains: deux ou trois petits points seulement, gros comme des têtes d'épingle, à leur surface. — Sur le *péritoine pariétal*, aux environs du foie, notamment sur la séreuse diaphragmatique, existent des traînées de points noirs saillants, véritables petites végétations mélaniques finement pédiculées. — Les *ganglions* de la petite courbure et du bord supérieur du pancréas, ceux du hile du foie, présentent les altérations déjà décrites, hypertrophie, coloration noire et diffluence.

A l'ouverture du *thorax*, très légère quantité de liquide rosé dans les plèvres. Les poumons ont leur volume normal ; leurs lésions, très remarquables, siègent surtout à leur surface sur la plèvre viscérale: on y voit, disséminées partout, mais surtout à la face médiastine, des points noirs volumineux, sortes de petites végétations de la séreuse paraissant pénétrer à peine dans le tissu pulmonaire; en plusieurs points, des noyaux mélaniques allongés se disposent en traînées qui paraissent suivre le trajet des vaisseaux sous-pleuraux. Le parenchyme pulmonaire est un peu emphysémateux, mais crépitant et presque sain: point de taches mélaniques dans son épaisseur. La plèvre pariétale présente, avec leur développement maximum, des végétations mélaniques des séreuses, déjà décrites. — Le *cœur* est sain dans son ensemble; sur le péricarde viscéral et en plusieurs points de l'endocarde, on voit de petites taches noires non saillantes qui paraissent situées dans le muscle cardiaque. — Le *cerveau* est sain: les os n'ont pu être examinés. — La généralisation a donc porté sur les ganglions, le foie, la rate. les poumons, sans respecter ni le cœur, ni les reins. Nous faisons remarquer surtout l'étendue et l'aspect spécial des lésions des séreuses.

La tumeur est un *sarcome* mou à petites cellules. A l'examen d'un ganglion et d'un noyau hépatique, on ne voit qu'une foule de petits éléments arrondis, chargés de granulations noires, et des dépôts pigmentaires volumineux.

7. Evolution tardive des dents permanentes. — Augmentation numérique douteuse; par A. Broca, interne des hôpitaux, aide d'anatomie à la Faculté.

Bronquart, Louis, 24 ans, bijoutier, est venu consulter à l'hôpital Saint-Louis le 1er septembre 1884.

Son père et sa mère ont les dents normales; a un frère et une sœur qui ont les dents mal rangées, mais s'écartant peu de l'arcade alvéolaire. Lui-même a eu ses dents de lait mal rangées. Il lui en poussait, dit-il. un peu partout, et surtout vers la voûte palatine. Ces dents ont été arrachées successivement, et après elles sont venues les dents permanentes, qui auraient poussé à peu près de la même manière. Au dire du malade, on lui aurait arraché 46 dents, et il dit qu'en avant elles ont constitué trois rangées: la rangée la plus postérieure est celle qui existe maintenant, les dents s'étant posées en avant après l'ablation des deux autres rangées. Actuellement, l'état de la dentition est le suivant :

Mâchoire inférieure. Les deux incisives médianes sont normales de forme, de situation, de direction: mais les deux incisives latérales, normales de forme. ne sont pas régulièrement situées. Elles sont plus en arrière que les médianes. et chacune d'elles chevauche sur la médiane adjacente, à laquelle elle est parallèle et qu'elle ne touche pas. De la sorte, les canines. de forme normale et bien implantées sur l'arcade, ne sont distantes que de 17 millimè-

tres. Puis, de chaque côté, on voit, au contact de la canine, une bicuspidée un peu oblique en haut et en dedans; à gauche, la seconde prémolaire existe et est normale; à droite, on la voit remplacée par une multicuspidée (5 cuspides). Mais cette dernière dent commence à s'ébranler, et sous elle, à la face interne de l'arcade alvéolaire, on voit pousser une dent qui semble devoir être bicuspidée. Le sujet dit que la dent correspondante du côté gauche n'est tombée que depuis peu et qu'elle était aussi large que celle qui existe maintenant à droite. En arrière de ces dents, on voit de chaque côté deux multicuspidées normales; les dents n'ont été précédées d'aucune autre. Pas de dent de sagesse.

Mâchoire supérieure. Deux incisives médianes, larges, de forme régulière, un peu inclinées en avant et en dedans. Pas d'incisives latérales. Le malade raconte qu'on a arraché là deux rangées de dents, formant un total de 5 à 6 dents, et que c'est la 3e rangée qui existe maintenant. Les canines sont normales. Puis, de chaque côté, une bicuspidée très bifide, bien verticale: plus loin, à gauche, une bicuspidée également très pointue, inclinée en bas et en dedans; à droite, une multicuspidée très ébranlée, sous laquelle se voit une dent qui pousse vers la face interne de l'arcade alvéolaire. De chaque côté, deux grosses molaires normales comme forme et comme évolution. Enfin, les dents de sagesse supérieures ont commencé à pousser il y a deux à trois ans. Elles sont actuellement fort peu saillantes et elles poussent en dehors: celle de droite, franchement à la face externe de l'arcade alvéolaire. Les deux multicuspidées, ébranlées, ont été arrachées à quelques jours d'intervalle. Puis, le sujet a été revu quelque temps après. A leur place, il y avait, à chaque mâchoire, une bicuspidée fortement inclinée vers la cavité buccale. Les deux dents arrachées ont une couronne saine. La racine est à peu près complètement résorbée; elle n'est plus représentée que par quelques prolongements courts et irréguliers, entourant une dépression centrale.

Réflexions. — Si l'on compte les dents présentées par le sujet de cette observation, on arrive à un total de 30. Mais il faut remarquer que les deux incisives latérales supérieures sont absentes, que les dents de sagesse inférieures n'ont pas encore fait leur apparition. En réalité, ces mâchoires devraient avoir 32 dents; elles pourraient en avoir 34. Donc, en ne s'occupant que du fait brutal, on constate qu'il y a deux dents de plus que normalement. Si, d'autre part, on ajoute foi aux renseignements donnés par le malade, on peut être porté à croire qu'il s'agit d'une augmentation considérable de nombre, avec évolution successive et continuelle de dents multiples, se repoussant mutuellement. En somme, ce serait un exemple de dentition ternaire et quaternaire. Or, M. Magitot conteste absolument la réalité de ces faits. Pour lui, ils sont mal interprétés et doivent être rapportés à l'éruption tardive des dents permanentes. On conçoit très bien que la persistance plus ou moins prolongée, quelquefois définitive, d'une dent de lait produise une augmentation numérique plus ou moins durable, quelquefois définitive.

L'observation que nous venons de relater doit être interprétée en ce sens, ainsi que le démontre l'état actuel de la dentition. Cette opinion est celle de M. le Dr David, qui a bien voulu examiner le sujet avec nous. Si, en effet, on regarde avec soin les dents extraites, on voit qu'elles ont tous les caractères des dents de lait, avec leur racine usée par la dent permanente qui les repousse: ce sont deux secondes molaires temporaires qui, contrairement à l'habitude, ne sont tombées qu'à l'âge de 24 ans. Cela est bien démontré par l'étude des dents qui les remplacent: ce sont des prémolaires à conformation régulière, dont la seule anomalie est dans leur direction oblique en dedans. Et actuellement la dentition ne présente plus d'anomalie numérique; il manque deux dents de sagesse, mais à 24 ans leur absence n'est pas un phénomène bien rare: il manque encore deux incisives, mais le malade raconte nettement que plusieurs dents ont été arrachées à ce niveau. Les deux incisives latérales supérieures ont bien évidemment subi l'extraction en même temps que les dents de lait incisives. Il est probable que ces incisives temporaires ont eu une existence prolongée, et cela explique comment les dents permanentes, manquant de place, ont fait leur apparition en arrière de l'arcade dentaire; comment, on a arraché 5 à 6 dents à ce niveau: 6 est le chiffre le plus vraisemblable, ci 4 incisives temporaires et 2 permanentes. Un retard analogue s'est peut-être produit dans la chute des incisives inférieures: de là la position anormale des incisives latérales inférieures permanentes.

Mais dans cette hypothèse, le sujet n'aurait perdu jusqu'à ce jour (y compris les deux molaires que nous avons extraites) que 10 incisives, 4 canines, 8 molaires, au total 22 dents. Nous sommes loin de la quarantaine qu'il accuse. A la rigueur, il serait permis d'admettre qu'il y a eu augmentation numérique des dents temporaires; il vaut peut-être mieux penser que le dénombrement du malade est inexact.

Nous croyons donc être en présence d'un simple retard dans l'évolution des dents temporaires, avec persistance correspondante des dents temporaires. Ces faits ne sont pas rares, mais sont intéressants, parce que, comme nous l'avons dit dès le début, ils peuvent aisément être pris pour des exemples de dentition ternaire ou quaternaire. M. Magitot nie absolument la possibilité de cette dernière anomalie; les dents surnuméraires se voient aux deux dentitions, « mais leur apparition est constamment contemporaine de la période à laquelle elles appartiennent. » On peut, il est vrai, se demander *à priori* pourquoi un follicule surnuméraire ne pourrait pas évoluer tardivement, puisque cela existe pour les follicules normaux.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 24 avril 1885. — Présidence de M. Vidal.

M. Guyot communique une observation de *cathétérisme de l'œsophage ayant déterminé la mort.* Il s'agissait d'un rétrécissement extrême qui ne put être franchi que par une sonde filiforme; l'opération fut faite par Krishaber. Il y eut des accidents rappelant ceux qui succèdent à un cathétérisme malheureux de l'urèthre.

M. A. Robin lit un travail sur la *pyélo-néphrite primitive*: le surmenage et le refroidissement sont les causes les plus actives. Début, par un grand frisson, de la rachialgie, de la fièvre, de la dysurie, etc. Au bout de 8 à 10 jours, l'albuminurie disparaît et les urines présentent des globules blancs. Enfin apparaît une tumeur dans le flanc en même temps que les symptômes généraux s'amendent; il n'y a pas d'œdème. J. C.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 29 avril 1885. — Présidence de M. Duplay.

M. Terrillon fait une communication sur un cas d'*ovariotomie*: une femme opérée et guérie se présenta un an après avec des noyaux cancéreux au niveau de la cicatrice abdominale: bientôt la généralisation survint et la malade mourut. Déjà M. Panas a observé un cas semblable; cependant dans ces deux cas et dans plusieurs autres analogues, le kyste enlevé lors de la première opération offrait tous les caractères d'un kyste ordinaire. M. Terrillon a réuni et résumé 46 cas où la récidive est survenue dans les mêmes circonstances. Ces observations sont de nature à confirmer les conclusions de MM. Malassez et de Sinety qui considèrent les kystes ovariques comme des néoformations épithéliales.

M. Nicaise ajoute un fait à ceux que M. Terrillon vient de signaler: une malade opérée d'un kyste multiloculaire, mourut un an après d'un cancer généralisé de l'abdomen.

M. Lucas-Championnière ne croit pas que les cliniciens doivent suivre les histologistes qui tendent à faire de tous les kystes de l'ovaire des tumeurs épithéliales; car, les récidives sont en somme très rares. Il pense qu'on peut observer dans l'ovaire des kystes et des cancers.

M. GILLETTE exprime le même avis.

M. VERNEUIL demande également que les cliniciens ne suivent pas aveuglément les histologistes dans toutes leurs déductions; notamment pour les kystes, il faut bien reconnaître que, dans le sein, dans l'ovaire, comme dans le corps thyroïde, il y a deux sortes de kystes, les uns épithéliaux, les autres qui n'ont rien d'épithélial.

M. MONOD croit aussi à l'existence de deux variétés de tumeurs kystiques, entre lesquelles la clinique continuera de distinguer.

M. TERRIER rappelle à M. Terrillon que divers examens de tumeurs ovariques, considérées comme des kystes, ont prouvé qu'il y a, à côté des épithéliums myxoïdes, d'autres tumeurs dont l'anatomie pathologique est encore à faire, de l'aveu même de M. Malassez. C'est sans doute à des tumeurs de ce genre qu'on a eu affaire dans les cas de récidive, et non à des kystes de l'ovaire.

M. NICAISE insiste sur la bénignité relative des tumeurs papillaires des ovaires.

M. TERRILLON a exprimé dans son travail un certain nombre des réserves qui viennent d'être faites.

M. TILLAUX fait un rapport sur un travail de M. Aufray (de Brest), *sur les occlusions intestinales*.

M. PRENGRUEBER lit un travail sur le traitement des *fistules recto-vaginales*.

M. MONOD présente une tumeur fibreuse de l'utérus remarquable par son volume (2 kilog.).

M. POLAILLON présente un malade auquel il a pratiqué la *cure radicale* d'une hernie irréductible. P. POIRIER.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 8 avril 1885. — PRÉSIDENCE DE M. DUHOMME.

M. HALLOPEAU communique à la société le résultat de ses recherches sur la *thalline*. Bien qu'il ne pense pas avec MM Brouardel, Loye et Dujardin-Beaumetz, que ce médicament soit un poison du sang, puisqu'il a pu en donner 2 grammes dans les 24 heures sans observer de phénomènes fâcheux, il ne croit pas cependant qu'il soit appelé, pas plus du reste que l'antipyrine et la kaïrine, à un grand avenir thérapeutique. Il n'a en effet aucun influence sur la marche des maladies et reste bien inférieur aux anciens antithermiques, le sulfate de quinine et le salicylate de soude, qui paraissent jouir d'un véritable pouvoir curateur.

M. CADET DE GASSICOURT insiste sur les sueurs profuses et l'affaiblissement que produisent les nouveaux antithermiques.

M. C. PAUL emploie pour l'évacuation du liquide des pleurésies purulentes un procédé qui lui permet d'éviter les variations brusques de pression intra-thoraciques qui sont souvent si défavorables. Après s'être assuré par une ponction préventive avec la seringue de Pravaz de la nature du liquide, il ponctionne avec un gros trocart et donne lentement issue au contenu de la plèvre. Afin d'éviter les décompressions brusques, il n'attend pas que la totalité du liquide ait été évacuée pour faire un lavage de la cavité à l'aide d'un siphon et d'une solution d'hyposulfite de soude à 5 0/0. Après ce lavage et, en se servant de la canule du trocart et d'un stylet cannelé comme conducteurs, il fait une incision qui agrandit l'ouverture primitive dans laquelle on place un ou plusieurs tubes d'écoulement. L'incision devra être plus ou moins large suivant qu'il existe des fausses membranes plus ou moins volumineuses. Dans tous les cas on fait un pansement de Lister et le pus qui s'écoule est toujours sans odeur.

M. MOUTARD-MARTIN, bien que n'ayant pas expérimenté le procédé de M. C. Paul, déclare qu'il fait toujours la thoracocentèse primitive et qu'il ne pratique l'empyème que lorsque la pleurésie n'a pas guéri par ce premier procédé. C'est alors que dans certains cas où l'on croyait que le liquide pleural ne renfermait pas de grumeaux, on est étonné de voir sortir des fausses membranes en quantité très considérable et que rien ne faisait soupçonner. La plaie intercostale doit avoir toujours la forme d'un entonnoir, car la section de la peau ne correspond pas toujours à celle des parties profondes. Il redoute pour les malades les diverses manipulations inhérentes au procédé de M. C. Paul.

M. C. PAUL reconnait l'utilité de la plaie en entonnoir préconisée par Moutard-Martin. Il ajoute que ses opérés n'ont accusé aucune fatigue exagérée ; il insiste sur ce fait que, pour éviter la toux et la dyspnée il a soin de laisser lentement écouler le liquide et de pratiquer le lavage avant que la cavité pleurale se soit complètement vidée. Il a renoncé à l'aspiration qu'il accuse de favoriser l'apparition des phénomènes dyspnéiques.

M. MOUTARD-MARTIN ne croit pas aux dangers de l'aspiration. L'oppression et la dyspnée se produisent également avec le trocart muni de baudruche, et, si l'on incise largement d'emblée, l'équilibre se produit rapidement entre les pressions intra et extra-thoraciques. Le procédé de M. C. Paul lui paraît surtout favoriser les suites de l'opération. GILLES DE LA TOURETTE.

SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE.

Séance du 2 avril 1885. — PRÉSIDENCE DE M. LETOURNEAU.

M. MANOUVRIER, à propos de la présentation faite dans la dernière séance par M. Topinard de *crânes natiformes,* rappelle que lui-même en a présenté un il y a quelque temps qui avait été donné par le Dr Poutrebente. Ces formes crâniennes ont été désignées par Parrot sous le nom de *natiformes* à cause de leur ressemblance avec les crânes des enfants nouveau-nés. Or, si cette ressemblance est réelle en effet dans quelques cas quand il n'existe qu'un certain degré d'hypérostose diffuse des pariétaux, dans d'autres au contraire lorsque la lésion est très marquée, comme dans les cas précités, la ressemblance avec le crâne du nouveau-né n'existe en aucune façon, aussi M. Manouvrier pense-t-il qu'il vaut mieux se servir du terme d'hypérostose diffuse des pariétaux. Il insiste sur le fait de l'extériorité de la lésion qui ne modifie en rien le profil endocrânien ; son étiologie est absolument inconnue.

M. DE SAPORTA a pu étudier la *descendance* d'un napolitain blanc avec une mulâtresse presque noire. La première génération ne renfermait que des enfants blancs ; dans la seconde génération, issue de ces enfants blancs, on observa des sujets absolument blancs comme leur grand'père, d'autres presque noirs comme leur grand'mère et enfin d'autres présentant une teinte brune intermédiaire. Or, seuls ces sujets bruns furent féconds, les blancs et ceux qui étaient presque noirs furent stériles. Parmi les produits de la troisième génération, issus de parents bruns, on retrouva encore les trois types : blanc, presque noir et brun et ils se comportèrent exactement comme ceux de la génération précédente, c'est-à-dire que seuls les bruns firent souche à nouveau, tandis que les autres restèrent inféconds.

A propos d'une communication du Dr FOLEY sur *l'éléphantiasis* qu'il attribue à la mauvaise hygiène et aux variations de température que subit la peau, au moins chez les Polynésiens, le Dr Blanchard fait observer que l'on sait aujourd'hui que l'éléphantiasis est dû à la pénétration de filaires jusque dans les lymphatiques de la peau. Incidemment M. Foley ayant protesté contre la valeur étiologique en général des parasites est vivement combattu par M. Carl Vogt. L. CAPITAN.

REVUE D'HYDROLOGIE

V. Des indications générales et spéciales des eaux du Mont-Dore, dans les maladies des voies respiratoires, par le Dr J. MASCAREL.

VI. Etude clinique sur Amélie-les-Bains, ses eaux et son climat, par le Dr L. GRANIER.

VII L'hiver à Cannes et au Cannet, les bains de mer de la Méditerranée, les bains de sable ; par M. le Dr BUTTURA.

V. Comme le typhoïdique, le malade au Mont-Dore passe par trois périodes distinctes ; chaque période est d'un septenaire. Une des caractéristiques de ces eaux, dit M. Mascarel, est de faire reparaître les anciennes affections. Pendant la première semaine de la cure les bronchiteux et les phtisiques se remettent à tousser et à cracher. L'expectoration devient abondante et opaque. Ils sont oppressés et

agités pendant la nuit; à l'auscultation on trouve des râles humides là où il n'y en avait pas les jours précédents. Le deuxième septenaire, c'est la période d'état, la semaine des sables. Du côté de la poitrine, la respiration est moins accélérée, les crachats sont moins visqueux, plus blancs, plus aérés; à l'auscultation on perçoit un véritable râle crépitant de retour. Les urines sont abondantes et charient une quantité énorme de sable urique ou phosphatique. Ces sables sont surtout très abondants chez les goutteux et les rhumatisants, moins chez ceux qui ne le sont pas. La quantité, dit M. Mascarel, peut dépasser une ou deux cuillerées à café par jour. Cette élimination se produit dans les huit dixièmes des cas et à peu près à toutes les émissions. Le troisième septenaire est la période du déclin, dite des crises.

Les phénomènes critiques varient; ils sont moins fixes que les précédents et ne s'observent guère que chez le quart des malades. Ils ont donc beaucoup moins de valeur séméiologique. Chez l'un c'est de l'herpès labialis, chez un autre c'est du prurigo; ici c'est une éruption eczémateuse, là des hémorrhoïdes, qui viennent apprendre au médecin et au client que la cessation de la cure approche.

Les indications spéciales peuvent se résumer en une ligne: toutes les affections chroniques de l'appareil respiratoire sont tributaires des eaux du Mont-Dore. Dans la phtisie le rôle du Mont-Dore n'est contesté par personne; toutefois M. Pidoux prétend que son action est absolument éphémère, qu'en un mot il ne fait que blanchir le malade. M. Mascarel trouve, de son côté, que c'est le plus grand éloge qu'on puisse adresser aux eaux du Mont-Dore. Oui, dit-il, elles blanchissent la peau en la dépouillant de ses enduits terreux et de ses détritus organiques qui recouvrent celle des malheureux poitrinaires. Elles blanchissent, en outre, les crachats qui tout à l'heure étaient opaques. Elles blanchissent les poumons en les décongestionnant; elles blanchissent les urines, en éliminant les sables que contiennent les reins. De ce que le Mont-Dore est avantageux dans la tuberculose, est-ce à dire, pour cela, que tous les phtisiques doivent se diriger vers cette station, évidemment non, dit M. Mascarel. Lorsque le néoplasme a pris naissance sur un sujet lymphatique, la cure sulfureuse doit être tentée. L'asthme sec est combattu avec succès au Mont-Dore, mais s'il y a catarrhe concomitant, Cauterets est préférable.

VI. Amélie-les-Bains jouit de la bonne fortune d'être à la fois une station climatérique et une station balnéaire. C'est une ville de malades: admirablement abritée par le mont Canigou et ses contreforts, elle n'a pas à souffrir du mistral. En hiver et en automne la pluie est rare dans ce délicieux pays; les brouillards y sont inconnus. La température moyenne du jour en automne est de 16°,1. en hiver de 8°,1; au printemps de 15°, en été de 24°.3. Pendant la nuit le thermomètre descend en hiver à + 5°; quelquefois à zéro. mais rarement au-dessous. L'altitude est faible; elle est de 240 mètres environ. La colonne barométrique oscille entre 738 et 746 millimètres. Le climat d'Amélie diffère de celui du littoral en ce qu'il est moins excitant; il ne détermine pas d'irritabilité nerveuse comme celui de la rivière de Gênes. D'un autre côté il est moins dépressif que celui de Pau. En résumé, conclut M. Granier, Amélie, par les caractères de son climat, par sa faible altitude peut donc être classée entre les stations du littoral et celles du continent, entre les stations de plaine ou à pression élevée et les stations de montagne ou à basse pression. En un mot c'est le type des climats sédatifs. Lorsque cette localité possèdera une voie ferrée et des distractions, elle sera pour Pau une rivale sérieuse pendant l'hiver.

Les eaux minérales d'Amélie sont à base de sulfure de sodium; elles contiennent en outre, dit M. Granier, des carbonates, des sulfates, du chlorure de sodium et de notables proportions de glairine. D'une thermalité élevée (36° à 64°, elles répondent à tous les besoins de la thérapeutique. S'altérant très vite au contact de l'air, elles sont difficilement transportables: *elles dégénèrent*. Deux établissements se disputent la clientèle d'Amélie: l'un les Thermes Romains pèche par son installation défectueuse et primitive, l'autre, désigné sous le nom de Thermes Pujade présente toutes les garanties voulues tant au point de vue de l'organisation des services que des soins matériels. L'agrandissement qu'il a subi récemment, les innovations qui ont été introduites, ne contribuent pas peu à accroître la renommée d'Amélie-les-Bains. Désormais Aix trouvera dans cette station balnéaire une rivale digne d'elle pendant l'été.

La pathologie d'Amélie est variée. La tuberculose et la scrofule lui fournissent un gros contingent. Où les poitrinaires et les enfants lymphatiques seraient-ils mieux? Là en effet, ils jouissent d'un climat bienfaisant, et ils ont à leur portée des eaux éminemment salutaires. Les affections chroniques des voies respiratoires constituent en grande partie la clientèle d'Amélie. Beaucoup de bronchiteux en reviennent guéris; le plus grand nombre en rapportent tout au moins une amélioration durable. Aix et Amélie se partagent les rhumatisants. Toutes les formes d'arthritis ne sont pas justiciables des eaux d'Amélie. Les complications cardiaques avancées constituent, dit M. Granier, une contre-indication absolue. Il en est de même des épanchements pleurétiques et péricardiques. A la fin de la brochure notre confrère tire des conclusions générales une instruction que j'engage vivement le lecteur à parcourir, étant trop longue pour être analysée.

VII. La réputation de Cannes, comme station d'hiver, est faite depuis longtemps. Les embellissements. les transformations hygiéniques qu'elle subit chaque année en seraient une preuve évidente, si les phtisiques, les goutteux, les rhumatisants, les valétudinaires de toute sorte n'étaient pas des témoins vivants et irrécusables de la douceur de son climat. Lord Brougham a été le Christophe Colomb de Cannes, dit M. Battura; c'est lui, en effet, qui l'a découverte et l'a conquise. Nous pourrions même ajouter que c'est lui qui l'a colonisée en y amenant les plus belles et les plus riches familles de l'Angleterre.

Admirablement abritée, environnée de pins et d'oliviers, Cannes est le séjour privilégié des phtisiques. Toutefois, il faut reconnaître que toutes les formes de la tuberculose ne sont pas justifiables de son climat. Ceux qui sont atteints de phthisie éréthique, les hémoptoïques s'y trouvent très mal. Leurs crachements de sang augmentent, ils dorment peu, ils s'amaigrissent, perdent leurs forces, ont de la fièvre le soir, toussent la nuit, tandis que ceux qui sont atteints de phtisie torpide s'améliorent généralement. En un mot, les lymphatiques, les languissants, ceux qui réagissent mal, éprouvent à Cannes une excitation salutaire.

Le Cannet est moins excitant, plus calme; il convient très bien aux malades chez qui l'irritation est vive, que la mer surexcite, que les vents exaspèrent. Située à trois kilomètres de Cannes, au fond d'une vallée charmante. sur une colline circulaire, protégé au nord par forêts d'oliviers et de pins, c'est le Madère de la France. D'après Béhier, ce hameau est bien préférable à toutes les localités où l'on dirige les malades qui ne peuvent supporter les bords de la mer. J. CORNILLON.

BIBLIOGRAPHIE

Médecine clinique; par le professeur G. SÉE et le Dr LABADIE-LAGRAVE, t. II. — **Des maladies spécifiques non tuberculeuses du poumon**: par le professeur G. SÉE. — Paris, Delahaye et Lecrosnier. 1885.

M. le professeur Sée vient de faire paraître le second volume de l'Encyclopédie médicale qu'il a entreprise. Les bronchites et les pneumonies aiguës, la gangrène et la syphilis pulmonaires, enfin le cancer et les kystes hydatiques du poumon y sont étudiés en grand détail.

Il est impossible de donner une analyse complète de ce livre, où les faits se pressent si abondants qu'un résumé en serait bien difficile. Nous chercherons seulement par l'étude du plus important des chapitres, celui qui traite de la pneumonie et occupe plus des deux tiers du livre, à

donner une idée de la méthode employée par M. le professeur Sée.

Tout d'abord, après avoir exposé l'histoire doctrinale de la pneumonie, montré les phases qu'a suivies sa différenciation d'avec la broncho-pneumonie, M. Sée repousse, l'une après l'autre, au moyen du microscope, chacune des hypothèses étiologiques successivement proposées. S'appuyant à la fois sur la clinique rigoureusement interprétée et sur l'expérimentation, il montre que pas plus le froid que les lésions nerveuses ou mécaniques ne sont capables de produire à eux seuls la maladie, maladie d'ailleurs toujours locale au moins au début. Ayant ainsi fait table rase des données anciennes, M. Sée montre que seule l'étiologie parasitaire est acceptable aujourd'hui. L'historique de la recherche et de la démonstration du coccus pneumonique est faite avec soin et clarté. On trouvera là, avec planches à l'appui, l'histoire du microbe tout au long, depuis les recherches de Klebs (1877) jusqu'à celles de Friedländer et de Talamon (1883), et même d'Afanassiew et Cornil (1884). Comme preuve clinique des données expérimentales, M. Sée étudie tout d'abord les pneumonies épidémiques. Sans remonter jusqu'aux grandes pandémies anciennes peut-être imputables à la pneumonie, les épidémies de villages, de casernes ou de maisons, bien étudiées depuis quelques années en Angleterre, en Amérique et en Allemagne, ont démontré d'une façon évidente la contagiosité de la pneumonie. Or, contagion est toujours fonction de microbe, c'est aujourd'hui une loi sans exception. Mais, a-t-on dit, la pneumonie contagieuse, infectieuse n'est pas la même que la pneumonie fibrineuse vulgaire; M. Sée réfute cette objection et établit l'identité des deux formes. Les conditions atmosphériques, les conditions individuelles, exposées en detail, jouent un rôle, mais en tant que causes prédisposantes. Les pneumonies secondaires ont une origine variable, tantôt en effet l'élément infectieux de la maladie semble se localiser dans le poumon, tantôt la pneumonie surajoutée répond absolument au type anatomique de la pneumonie fibrineuse, et il serait possible alors que le microbe elliptique pût se surajouter à celui de la maladie principale. Les caractères anatomiques de la pneumonie sont ensuite décrits avec soin et comparés à ceux des broncho-pneumonies. Abordant ensuite l'étude clinique de la maladie, l'auteur analyse chaque symptôme; les crachats, la fièvre et les urines sont étudiés avec un soin tout particulier, d'après les recherches les plus récentes.

L'étude des diverses terminaisons de la maladie, les complications si fréquentes dans les pneumonies infectieuses, conduisent l'auteur à l'exposé des formes anatomiques locales: pneumonies abortives, migranes, doubles, massives, pleuro-pneumonies, etc.; chacune est analysée avec exemples à l'appui. Les formes pneumoniques individuelles ne sont pas un des chapitres les moins intéressants : pneumonies des vieillards, des diabétiques, des goutteux, etc., sont décrites avec soin dans leurs particularités distinctives. Enfin, les pneumonies spécifiques diverses, grippale, paludéenne, érysipélateuse, rhumatismale, etc., terminent ce long exposé clinique.

Le traitement de la pneumonie constitue à lui seul un véritable traité de thérapeutique de plus de 130 pages. C'est qu'en effet M. Sée a étudié le problème sous toutes ses faces et que, partant d'un point de départ neuf : l'origine parasitaire de la maladie, force lui était de constituer une thérapeutique neuve également. Bien plus, nombre de procédés thérapeutiques, justement repoussés par M. Sée, ont dû néanmoins prendre place dans un historique de la question, et pour démontrer soit leur inutilité, soit même leur danger, il a dû accumuler preuves sur preuves, non plus comme on le faisait jadis, reposant sur de simples vues de l'esprit ou sur des théories sans base, mais bien appuyées sur les résultats expérimentaux les plus récents. La saignée est un type en l'espèce. Après avoir fait l'historique de la saignée, montré « les débauches de sang versé », M. Sée arrive aux saignées modérées de l'époque moderne, et pour prouver que, même ainsi pratiquée, la saignée est néfaste dans la pneumonie, il analyse successivement chacun des effets de la saignée en général d'après les nombreux expérimentateurs qui se sont occupés de la question, il indique l'influence qu'elle exerce sur la pression, le pouls, les globules rouges, les gaz du sang, la thermométrie, etc. Appliquant alors ces données au pneumonique, il montre l'action nulle de la saignée sur les parasites contenus dans le parenchyme pulmonaire, son inefficacité d'après les statistiques de Louis sur la diminution de la mortalité pneumonique, son danger dans l'enfance, son inutilité même en tant qu'action sur la lésion anatomique du poumon, etc. Ayant ainsi fait le procès de la saignée et contraint le lecteur, à force de preuves accablantes, à en prononcer la condamnation, M. Sée procède de même pour l'antimoine. Le réquisitoire n'est pas moins savant, ni moins intéressant que celui de la saignée; les mêmes démonstrations ne permettent pas plus de lui faire grâce. Ayant ainsi détruit, M. Sée édifie sur ces ruines une thérapeutique autre et tout d'abord traite une question d'une importance générale de premier ordre, celle de la tolérance médicamenteuse; il applique ensuite ces données à la pneumonie. Le sulfate de quinine, la digitale, la morphine, l'antipyrine, etc., surtout l'alcool, sont étudiés avec soin au point de vue physiologique et clinique. La thérapeutique applicable à chaque type de pneumonie, ainsi qu'aux formes individuelles, est exposée ensuite en détail. Enfin, comparativement, M. Sée fait le traitement des diverses formes de bronchite.

L'idée première qui a dirigé M. Sée dans cette étude d'ensemble toute nouvelle de la pneumonie est l'affirmation de la nature parasitaire de la maladie. C'est la même donnée qu'il applique à la gangrène pulmonaire. Il établit facilement sa nature parasitaire, en décrit les diverses formes et les moyens thérapeutiques à employer.

Nous n'insisterons pas sur les trois derniers chapitres : syphilis pulmonaire, cancer et kystes hydatiques du poumon, qui donnent un résumé complet de l'état actuel de la science sur ces points; nous croyons en avoir assez dit pour montrer l'intérêt que présente un tel livre ainsi conçu. C'est, en somme, l'exposé didactique bien complet d'une question absolument neuve, c'est l'application à la clinique des données fournies par les recherches physiologiques les plus récentes, afin de pouvoir par ce moyen interpréter les phénomènes pathologiques et en tirer des déductions utiles pour la thérapeutique; c'est enfin l'étude scientifique de l'action physiologique de chaque médicament permettant de l'appliquer d'une façon raisonnée et utile.

On le voit, M. Sée a employé dans ce livre la méthode générale qu'il a instituée, en aidant la clinique de toutes les données fournies par les sciences voisines; il a pu ainsi, sur un sujet bien vieux, et basant la thérapeutique sur l'expérimentation, faire un livre neuf, intéressant et utile.

L. Capitan.

Une septicémie expérimentale; par le Dr Charrin. Thèse de Paris. — O. Berthier, éditeur, 104, boulevard Saint-Germain.

Sur le cadavre de lapins morts du charbon bactéridien, il se développe parfois un microbe particulier, capable d'être isolé par des cultures successives : alors que la bactéridie a complètement disparu, les animaux inoculés meurent avec des signes évidents de maladie infectieuse : leurs viscères contiennent un végétal arrondi, isolé ou groupé en nombre variable. M. le Dr Charrin, qui a eu l'honneur de faire connaître ces faits intéressants à la Société de biologie, vient de publier l'histoire de cette nouvelle maladie expérimentale, laquelle prend place, par tous ses caractères, dans la classe des septicémies.

Le tableau clinique justifie d'ailleurs cette classification : perte de l'appétit, abattement, modifications de la respiration, albuminurie, convulsions finales, etc. La mort arrive par arrêt des actes respiratoires. A l'autopsie, on trouve le foie congestionné, la rate hypertrophiée et bleuâtre; les cellules du foie et du rein ont un état granuleux. Le micro-organisme pathogène a été décelé, par la méthode des co-

lorations, dans tous les organes où la circulation est active, dans la rate, les muscles, les poumons, le foie, le bulbe, les reins, etc. C'est qu'en effet ce microbe est toujours contenu dans les vaisseaux, et jamais ailleurs : c'est le sang qui le transporte. Les microbes, venus du sang, traversent l'épithélium rénal et s'éliminent par l'urine : aussi l'urine peut-elle transmettre la maladie. Les matières fécales, dans quelques cas, sont contagieuses; la bile et la salive, au contraire, ne renferment pas l'agent pathogène. L'inoculation la plus rapide se fait par la voie intraveineuse; cependant, la pénétration est encore très prompte par le tissu cellulaire sous-cutané, par les voies digestives et respiratoires. Au point de la résistance à l'intoxication, les diverses espèces animales présentent de grandes différences; le cobaye résiste beaucoup plus que le lapin, le chien est réfractaire. La culture du microbe est facile dans le bouillon de bœuf ou de lapin ; une sixième culture est encore virulente. Il serait intéressant de connaître les relations qui existent entre ce micro-organisme et la bactéridie charbonneuse, car, par plusieurs caractères, l'évolution de la maladie nouvelle se rapproche de celle du charbon. Le mécanisme de la mort paraît identique dans les deux cas.

Les expériences très bien conduites de M. Charrin apportent une nouvelle vérification aux théories de M. Pasteur sur la maladie charbonneuse. Tout le monde se souvient de la violente polémique, à peine terminée aujourd'hui, qui s'engagea entre notre illustre compatriote et les vétérinaires de Turin : les résultats obtenus par ces derniers avaient été faussés par la présence d'un vibrion septique. Les recherches de M. Charrin expliquent comment l'inoculation d'une culture charbonneuse peut provoquer une septicémie; ces recherches sont du reste exposées avec beaucoup de méthode; elles montrent très clairement comment on doit procéder dans l'étude des maladies expérimentales. P. L.

Documents relatifs à la présence des matières grasses dans l'urine ; par le Dr Frédéric Mouvenoux. — Paris, Masson, 2 volumes, ensemble 1,150 pages.

M. le Dr Mouvenoux a réuni tous les documents publiés jusqu'à ce jour sur cette question qui n'avait jamais été présentée dans une vue d'ensemble. Aux nombreuses observations des auteurs français et étrangers, il a joint les résultats de ses propres expériences, de façon à nous donner un travail très complet sur les matières grasses de l'urine. Après avoir étudié les corps gras de l'urine normale, M. Mouvenoux passe en revue les maladies dans lesquelles ces principes constituent par leur présence un symptôme important. Il montre que la chylurie, liée ou non à l'hématurie, peut reconnaître deux causes dont la plus importante est l'action de certains hématozoaires : d'où la division de ces deux variétés en parasitaire et non parasitaire, suivant la présence ou l'absence de ces helminthes.

L'auteur distingue ensuite les urines albumino-graisseuses de Rayer, les urines huileuses, les urines laiteuses. Chacun de ces groupes est étudié avec beaucoup de soin et de détails. L'abondance des documents, la méthode avec laquelle ils sont présentés et classés donnent à l'ouvrage de M. Mouvenoux une très sérieuse valeur. P. L.

Leçons de clinique chirurgicale ; par le Dr Ch. Monod, in-8 de 128 pages. Aux bureaux du *Progrès médical*.

Voici en quels termes *The medical and Surgical Reporter*, du 24 janvier, apprécie les leçons de M. Ch. Monod : « Dans une série d'une demi-douzaine de leçons cliniques, le Dr Monod traite du cancer et de la tuberculose du testicule, du cancer du sein, des fistules pleurales, du bec-de-lièvre et du mal perforant du pied. Son enseignement est tout à fait clinique, largement appuyé sur les faits, et fait de cette manière spirituelle et précise pour laquelle les Français ont une remarquable aptitude. Tout médecin qui est à la recherche d'informations complètes sur les sujets que nous venons d'énumérer fera bien de lire ces leçons. »

Terapia del saturnismo cronico e ricerche sull' eliminazione del piombo per e urine (Traitement du saturnisme chronique et recherches sur l'élimination du plomb par les urines); par le Dr A. Gerafini, extrait du Morgagni, nov. et déc. 1884.

L'auteur préconise surtout l'action des courants continus qui, d'après lui, favoriserait l'élimination du plomb par les urines. Il applique le courant électrique sur le système ganglionnaire et il obtient une amélioration de l'état général des symptômes gastro-entériques et des douleurs. L'analyse des urines qui, avant l'application de l'électricité, ne fournissait pas de plomb, en décelait des quantités appréciables après ce traitement.

VARIA

La circulation du sang. — Harvey.

Je reprends la plume une troisième fois sur ce sujet de nouveau discuté, sans raisons plausibles, dans un article de la *Revue des Deux-Mondes* (Livraison du 1er août 1884, p. 641) : Les trois époques d'une découverte scientifique. — La circulation du sang, par M. A. Dastre. L'auteur adopte, en commençant, la malheureuse phrase de Flourens : « La découverte de la circulation du sang n'appartient pas et ne pouvait guère appartenir, en effet, à un seul homme, ni même à une seule époque », et il croit devoir ajouter que depuis trente ans que la phrase est faite, « on sait *universellement* que Guillaume Harvey..... n'est pas seul à mériter la gloire qui s'attache à cette grande conquête scientifique. »

J'ai déjà donné à entendre que les vrais chercheurs, ceux qui ne se plaisent pas à dénaturer les textes, savent bien aujourd'hui ce que vaut le petit livre de Flourens, tant apprécié des littérateurs. Pour cela j'ai pris la peine de démontrer avec de bonnes citations que personne, avant l'immortel anglais, n'avait songé à la circulation du sang (*Progrès médical*, 1880, p. 93 et 115. — *Etud. hist.*, p. 181). Il ne s'agit pas d'attribuer à Harvey « une part considérable à la vérité, mais enfin une part seulement dans la solution complète de ce problème physiologique », comme le dit encore M. Dastre. Il est évident, au contraire, que tout lui appartient. La petite circulation pulmonaire de Realdo Colombo et de Michel Servet ou, pour parler plus exactement, le passage d'une partie du sang à travers le poumon, n'avait conduit à rien. Les théories toujours régnantes de Galien ne pouvaient être dérangées pour si peu, et M. Dastre est loin d'avoir prouvé que cette *première connaissance enveloppait et contenait implicitement la grande découverte*. Il répète, d'après Flourens, que Harvey, pendant son séjour en Italie, aurait appris à l'école célèbre de Padoue et « entendu de la bouche même de Fabrice d'Acquapendente, son maître direct, tout ce qu'il était nécessaire de savoir pour *conclure*, comme il l'a fait, au mouvement circulaire du sang, p. 642 ». Le nouveau collaborateur de la *Revue des Deux-Mondes* eût parlé tout autrement, s'il avait lu dans les écrits du vieux Fabrice, l'usage qu'il assignait aux valvules des veines et dans ceux de Césalpin, ce qu'on a voulu y trouver depuis, sur la grande circulation et en particulier sur la « direction du courant dans les vaisseaux. »

Bien qu'il convienne, p. 665, que « tous les historiens, sauf M. Turner, se sont exagérés la portée des conclusions de l'*anatomiste* italien (Césalpin) », M. Dastre a beau dire, Flourens, M. Ch. Richet et lui-même avec eux, ont essayé de diminuer, sans motif sérieux, la gloire qui revient à Harvey tout seul. De sorte que, au lieu de chercher plusieurs époques dans l'histoire de la découverte de la circulation du sang, il faut se résigner à n'en trouver qu'une : Harvey.

On sait les controverses inutiles qui surgirent aussitôt; l'opposition trop longue que fit toute la Faculté de médecine de Paris, conduite par Riolan et et Guy Patin. Il suffisait de les mentionner et de dire : Harvey a détrôné Galien ! Je ne m'intéresse pas beaucoup plus aux vaines théories des iatromécaniciens, sans confondre toutefois avec leurs à peu-près, les magnifiques travaux qui ont illustré notre Marcy. Mais je ne comprends pas que M. Dastre ait complètement passé sous silence la découverte des chylifères, du réservoir de Pecquet

et des vaisseaux lymphatiques. N'était-ce pas l'occasion de faire une nouvelle époque ? Pecquet vaut bien Colombo, il me semble, de même que Aselli et Bartholin valent bien Servet et Césalpin. Et comme Harvey n'a pas eu de prédécesseurs, la première époque lui appartiendrait. La seconde serait pour Pecquet, avec le cours du chyle et de la lymphe. Cette omission est d'autant plus grave que les lecteurs de la *Revue des Deux-Mondes* ont pu s'imaginer que les vaisseaux lymphatiques ne faisaient pas partie de la circulation. La troisième époque, celle des CIRCULATIONS LOCALES et des NERFS VASO-MOTEURS, revient à Claude Bernard. C'est à l'histoire de cette époque toute contemporaine que le savant physiologiste de la Faculté des sciences aurait dû se borner. Je n'aurais eu, pour mon compte, qu'à applaudir.

« Des documents nouveaux, des discussions récentes nous obligent, dit-il, p. 642, à reprendre avec quelques développements l'histoire de la circulation pulmonaire et de la circulation générale. » En cela, M. Dastre ne me paraît avoir fait cas que du mémoire de M. le Dr A. Chéreau, lu à l'Académie de médecine le 15 juillet 1879 et intitulé : HISTOIRE D'UN LIVRE. MICHEL SERVET ET LA CIRCULATION PULMONAIRE. Je crois qu'il a eu tort de ne pas se servir d'une série de documents, nouveaux aussi, que j'ai publiés sous le titre d'ETUDES HISTORIQUES. Il n'aurait pas persisté, p. 644, à donner le nom de Le Vasseur à Loys Vassé (*Lodoicus Vassæus catalaunensis*), qui n'a rien vu par lui-même et qui a seulement résumé en quatre tables (*tabulæ*), ce que Galien et d'autres ont écrit sur l'anatomie dans de nombreux livres. (*Gaz. heb.* 1882, nº 23. — *Etud. hist.* p. 401.)

Ce petit manuel, in-fol. de 40 feuillets, est de 1541. Celui de Mundini, resté lontemps célèbre et plusieurs fois commenté (*per V. G. Licium*, Venise, 1494. — *per D. F. Picium*, Pavie, 1507. — *Carpi commentaria...*, Bologne, 1521. — *Cum annotationibus Arnoldi de Villa Nova*, Lyon, 1528, 1531. — *per J. Dryandrum*, Marbourg, 1854.— *D. M. Curtii*, Pavie, 1550), est loin d'être de la même époque. Il est bon que M. Dastre sache que Mundini vivait au commencement du XIVe siècle (né vers 1260, mort en 1326).

Il n'aurait pas non plus accepté, p. 646, Jean Winter de préférence à Jean Guinter (*Joannes Guinterius Andernacus*), pour désigner celui qu'on a trop longtemps appelé Gonthier d'Andernach (*Gaz. heb.*, 1881, nº 27. — *Etud. hist.*, p. 283). Je ne vois pas l'utilité de changer le Gu en W, puisque l'auteur du petit livre sur la peste, « en 1547 à Strasbourg » a fait mettre lui-même sous le titre : « par maître Jehan Guinter d'Andernach, docteur de Paris en médecine. »

Mes études sur les planches de Vésale (*Gaz. heb.*, 1877, nº 33), m'empêchent encore de laisser passer cette phrase de M. Dastre : « Enfin, Titien et son élève, Jean de Calcar, sont les auteurs des admirables figures qui illustrent l'ouvrage de Vésale. » On ne connaît pas les auteurs (dessinateurs et graveurs) des planches du grand ouvrage. Jean de Calcar a dessiné les six premières planches de Venise, 1538, et les magnifiques figures de l'*Epitome* de Vésale, confondues à tort avec celles du grand ouvrage. Elles ont été attribuées sans raison à Titien, par De Piles et Tortebat, en 1667.

Quant au « dessin de squelette destiné à l'étude d'une des figures du tableau de la *Mise au tombeau* de Raphaël, » p. 648, il y a là probablement quelque bévue à rapprocher de celle qui a été faite à propos de la leçon d'anatomie de Rembrandt, où Tulpius serait représenté *démontrant les chylifères*. Jusqu'à présent il avait été question d'un squelette attribué à Titien, le troisième des planches de Vésale, le squelette aux mains jointes qu'on retrouvait dans l'attitude de la mère du Christ de la *Mise au tombeau*, qui est au Louvre. M. Dastre aurait bien dû nous dire nettement où se trouve ce dessin, particulièrement célèbre, de Raphaël, que personne ne connaît.

Il ne faut pas placer non plus au XVIe siècle, p. 663, Sténon, l'anatomiste (pourquoi naturaliste ?) danois, qui devint évêque, l'élève de Bartholin, puisqu'il a vécu de 1638 à 1686, ni laisser croire qu'il a appris à Harvey que « le cœur n'était autre chose qu'un muscle creux » présentant des alternatives de contraction et de relâchement, les systoles et les diastoles. Son traité, *Elementorum myologiæ specimen* est de 1667. Le livre de Harvey est de 1628 ! Qu'est-ce que Sténon vient faire là avant Gaspard Bauhin et Jean Riolan le fils ? On songe involontairement aux bévues légendaires du baron Portal.

Je ne puis me dispenser de relever aussi d'autres erreurs à la même page 663 : « En France, Jean Riolan, doyen de la Faculté de Paris aux environs de 1596 et *César* Bauhin, de Bâle, 1605, etc. » Il est facile de mettre Gaspard à la place de César, qui est seulement une faute d'impression (1). Mais tout le monde ne sait pas qu'il y a eu deux Jean Riolan, le père et le fils, et surtout que le père seul a été doyen, de nov. 1586 à nov. 1588. Or, il s'agit ici du fils qui, en 1596, avait à peine commencé à étudier la médecine, étant né en 1577.

J'aime en tout la précision, et les contradictions me sont insupportables. Si Colombo est né en 1494, M. Dastre, p. 654, ne peut écrire avec raison « dix-sept ans avant Servet » puisque ce dernier est de 1509. De même pour Vésale, né en 1514, qui est fait, p. 655, plus jeune que Colombo, seulement de douze années. Mais j'ai hâte de venir à des choses plus importantes.

J'avais averti qu'il fallait se méfier (2) de l'érudition de M. Chéreau (*Remarques au sujet de la lecture faite à l'Académie de médecine le 15 juillet 1879*. — *Prog. méd.* 1879). Quand Guinter, en 1539, dans la deuxième édition de son Manuel d'anatomie : *Anatomicarum institutionum*, etc., parle de ses deux aides, d'abord Vésale, et après lui *post hunc*, (et non pas avec lui) Michel de Villeneuve, p. 649, M. Chéreau écrit : *jeune homme* orné de toute espèce de littérature, p. 646, M. Dastre copie de confiance, et cependant il y a *Vir*, tandis que pour Vésale, il y a *juvenis*. Lorsqu'on n'est pas soigneux observateur des petites choses, on ne l'est pas non plus des grandes.

M. Chéreau avait beaucoup trop grandi Colombo comme physiologiste. M. Dastre va plus loin encore dans cette mauvaise voie. « Le nom du créateur de la physiologie moderne, que l'on donne trop souvent à Harvey, dit-il, p. 659, revient plus justement à Colombo..... Le nombre de ses expériences est considérable, et si l'on en veut relever le détail dans ses œuvres mêmes, on le trouvera chez les historiens de la médecine, dans l'ouvrage de Sprengel et dans celui de Portal, p. 655. » Au lieu de prendre ses appréciations dans le discours de M. Chereau, M. Dastre aurait pu daigner lire le résumé que j'ai donné de *ce livre tout entier écrit sur les vivisections* (*Prog. méd.* 1879, p. 631. Etud. hist., p. 125), et qui n'est que le chapitre XIV de l'ouvrage de Colombo : DE RE ANATOMICA. Ce chapitre a pour titre : *De viva sectione*. Il ne s'agit donc pas de vivisections, dans le sens actuel du mot, mais simplement de l'ouverture, c'est-à-dire de l'anatomie des animaux vivants. On peut constater dès les premières lignes, que le professeur italien n'ouvrait pas « surtout les porcs, dont on pensait alors que c'était l'animal dont les fonctions physiologiques se rapprochent le plus de celles de l'homme (sic) », comme le dit M. Dastre, p. 655, mais au contraire qu'il trouvait plus commode de se servir des chiens. Première vivisection : un chien lié sur la planchette est ouvert, on examine en quoi consiste la voix, comment le poumon enveloppe le cœur ; on contemple ensuite les mouvements du diaphragme, puis ceux du cœur à l'occasion desquels est faite cette réflexion : *ita ut ex hac vivi canis sectione plus una diecula discas, quam multis mensibus ex pulsu arteriarum : neque tantum tribus integris mensibus voluptatis, atque pulsum cognitionis capies ex lib. Gal. de Puls. quantum una horula ex inspectione cordis morientis*. Ce que M. Chéreau a traduit trop librement : « les vivisections en apprennent plus en un jour que trois mois de lecture de Galien. » Et M. Dastre de s'exclamer, p. 655 : « Colombo savait le prix de cette *méthode expérimentale* à laquelle il demandait ses lumières. Il disait, à propos *d'une certaine vivisection*, qu'elle en apprenait plus

(1) C'est bien plus grave que je ne pensais. M. Dastre a copié, sans hésiter, la faute d'impression échappée à M. Ch. Richet dans sa traduction du livre de Harvey, p. 77.

(2) Je m'y suis moi-même laissé prendre. J'avais à citer un passage de Haller sur Servet. Il m'a semblé tout simple de lire : En somme Servet aurait vu ce que Galien lui-même ne savait pas, comme l'avait dit M. Chéreau. Or il y a dans le texte : *Servetus adparet verum vidisse quod ne Galenus quidem ignoraverat*, et j'ai laissé passer un contre-sens dont s'est moqué agréablement M. Tollin dans *Virchow's Archiv.*, 1883, p. 111, bien que le sens vrai ne soit pas à l'avantage de son héros.

en une heure que trois mois de lecture des livres de Galien. » Tout cela pour l'ouverture d'un chien vivant, que Galien lui-même avait faite.

Il suffit d'ailleurs de comparer avec ce chapitre de Colombo, le chapitre correspondant de Vésale : *De vivorum sectione non nulla*, pour s'assurer que là encore le plus grand honneur revient à celui qu'on a justement nommé « le père de l'anatomie moderne. » N'importe! M. Dastre imitant toujours M. Chéreau, n'hésite pas à dire, p. 646, « que Realdo Colombo, savant illustre, esprit à la fois observateur et expérimentateur, a pu être appelé avec justice, le Claude Bernard du XVIe siècle.

Cette appréciation n'est pas plus vraie que la fidélité d'une citation dont il est nécessaire de montrer l'étonnante fantaisie, p. 656. Colombo aurait dit : « L'autorité de leur Avicenne, prince, selon eux, de toutes les écoles, et leur Mundini, et leur Carpi, et *Vesale même*, anatomistes qui n'auraient rien laissé de digne d'être ajouté à leurs travaux. Je ne fais pas tant de cas de Galien et de Vésale que de la vérité : c'est à elle que je suis le plus fortement attaché. » Pour fabriquer cette citation, M. Dastre a trouvé tout simple de prendre çà et là, dans les pages 780 et 781 du discours de M. Chéreau, des fragments qu'il a arrangés à son gré, et qui se trouvent appartenir d'une part à la préface au lecteur, et d'autre part, aux chapitres IV et XVII du livre premier de l'ouvrage : *De re anatomica*. De plus, il a eu le tort grave de mettre Vésale sur le même plan que Avicenne, Mundini et Carpi, ce que Colombo s'était bien gardé de faire. Il a changé maladroitement le dernier membre de phrase qui était bien mieux ainsi : « Pour moi la vérité est là où la description s'accorde avec la nature. » Je suis obligé de citer le texte tout entier parce qu'on lui a fait subir une autre mutilation importante. *Me in rebus anatomicis non tanti Galenum et Vesalium, quos plurimi facio, quam veritatem ipsam facere, veritatem appello, ubi cum rei natura oratio maxime concordat.* (DE RE ANATOMICA, 1562, in-8, p. 102). Pourquoi supprimer *quos plurimi facio !* Je ne comprends pas qu'on ose ainsi travestir la vérité pour s'écrier aussitôt : « Voilà le vrai et ferme langage que parle la science », p. 656.

Il ne faut pas non plus donner à Haller ce qui appartient à Baglivi seulement, p. 657, que Realdo Colombo a ouvert le premier le passage du sang par les poumons, et que, le *premier* il a ainsi indiqué la circulation du sang. M. Dastre a encore ici adopté la traduction de M. Chéreau sans tenir compte de la nuance, qui est dans le latin, *primusque circulum sanguinis* SUBINDICAVIT.

C'est aussi une exagération, une erreur même, que de dire, p. 658 : la découverte de la circulation du sang dans le poumon, entraîne *presque nécessairement* la connaissance de la circulation dans tous les autres organes, c'est-à-dire la circulation générale. » Ne savait-on pas, comme je l'ai fait remarquer à propos d'une phrase analogue de M. Chéreau, que le sang passait à travers le foie, de la veine porte à la veine cave. Et cependant le très habile Colombo lui-même n'a pu rien deviner ! Pour lui, comme pour Galien, les veines continuent à porter le sang avec l'esprit naturel aux organes. La veine artérieuse qui contient un sang particulier pour nourrir le poumon, n'est qu'une branche de la veine cave. Le cours du sang à travers le poumon ne pouvait donc pas lui donner la moindre idée de circulation. Le sang veineux, qui devait se transformer en sang artériel, comme on dit aujourd'hui, passait là au lieu de passer à travers les porosités de la cloison interventriculaire, ainsi que le supposait Galien. Mais ici, il faut bien établir les choses. Galien ne faisait pas passer par des *trous*, comme le dit mal à propos Flourens, le sang lui-même, mais cette partie vaporeuse du sang, qui allait dans le ventricule gauche servir à la formation de l'esprit vital. A travers les parois amincies des fossettes de la cloison, la chaleur vitale était transmise aussi du ventricule gauche au sang qui refluait, comme les flots de l'Euripe, du ventricule droit dans la veine cave. La seule découverte de Colombo, c'est d'avoir fait participer le poumon à la formation de l'esprit vital. Pour le reste, les théories de Galien demeurent (1). Elles ne disparaîtront qu'après la découverte de Harvey. Voilà le fait incontestable, et je ne puis encore approuver M. Dastre d'avoir écouté ceux qui se sont élevés contre ce qu'il appelle « *cette prétention du médecin anglais* », p. 660, lorsque dans la préface de son livre il disait : Je suis le seul à affirmer que le sang revient sur lui-même, contrairement à l'opinion généralement admise et enseignée par un grand nombre de savants illustres. » A quoi bon chercher des initiateurs? Qui aurait jamais pu s'imaginer que le cœur, foyer de la chaleur naturelle, etc., etc., était tout simplement l'organe destiné à faire circuler le sang?

Enfin, je ne puis admettre cette combinaison infiniment trop compliquée de M. Dastre, p. 665 : « Il faudrait choisir dans l'esprit de Colombo ce qu'il eut de vues justes; y joindre un Césalpin débarrassé de ses scories et un Fabrice expurgé, et, de ce mélange, composer une figure unique : ce personnage serait Harvey. » Est-ce là que doit conduire l'habitude de la physiologie expérimentale? Il est bien plus simple d'aller tout droit à la vérité. Harvey n'a pas eu de précurseurs ou d'initiateurs. C'est ce que vais essayer de démontrer.

(*A suivre.*) Dr E. TURNER.

(1) Voyez André Du Laurens, *Historia anatomica*, 1600.

L'Hôpital Laennec, *ancien hospice des Incurables* (1634-1884) (1).

Le XVIIe siècle et particulièrement sa première moitié fut certainement l'époque de notre histoire où il se fonda le plus d'hôpitaux, non pas tant qu'à ce moment la charité publique ait été saisie d'un élan tout particulier que, par suite de ses vices administratifs, l'Etat ne se crût obligé, pour étouffer la misère, d'enfermer les misérables. La création de l'Hôpital Général, vaste administration qui comprenait les maisons de *la Pitié*, du *Refuge*, de *Scipion*, de la *Savonnerie* et de *Bicêtre* n'eut véritablement pas d'autre but. Aussi, doit-on se montrer reconnaissant vis-à-vis des personnes charitables qui, en même temps que le plus grand philanthrope du XVIIe siècle, Théophraste Renaudot, fondait les *Consultations gratuites*, songeaient à bâtir pour les pauvres infirmes *l'Hospice des Incurables* qui porte aujourd'hui le nom de notre grand Laënnec. Et cette fondation répondait d'autant plus à un besoin que, malgré les asiles relativement nombreux ouverts à la misère publique, il n'y avait pas de place pour les malheureux atteints de maladies réputées incurables, lacune que va combler, malheureusement dans une faible limite, l'hôpital de la rue de Sèvres.

Le premier octobre de l'an 1632, Marguerite Rouillé, femme de Jacques le Bret, conseiller au Châtelet, donnait à l'Hôtel-Dieu, des maisons, des vignes et des jardins qu'elle possédait à Chaillot et 622 livres de rente pour faire bâtir en ce lieu une maison qui porterait le nom d'*Hôpital des Incurables de Sainte Marguerite*.

Vers le même temps, un prêtre nommé Jean Joullet léguait, dans le même but, sa fortune à l'Hôtel-Dieu, instituant le cardinal de La Rochefoucauld son exécuteur testamentaire. C'est celui-ci qui désormais va veiller à la fondation de l'hôpital des Incurables. Le samedi 4 novembre 1634 fut passé un contrat de donation entre le Cardinal et les gouverneurs de l'Hôtel-Dieu qui représentaient assez bien à cette époque et avant surtout la création de l'Hôpital Général (1656), notre administration de l'Assistance publique. Le Cardinal donnait 2,866 livres de rente et les gouverneurs abandonnaient pour édifier les bâtiment de l'hospice, la quantité d'environ 10 arpents de terre appartenant à l'Hôtel-Dieu « sis au terroir de Saint-Germain-des-Prés, en la Grande rue sur le chemin qui mène à Sèvres. » A cette donation vint s'ajouter celle de Marguerite Rouillé, femme de Jacques le Bret, dont nous avons déjà parlé.

Les plans généraux furent dressés aussitôt et l'on se mit à l'œuvre sous la direction de l'architecte Gamard. Il manquait encore une formalité importante à remplir : il fallait obtenir l'autorisation royale. Par lettres patentes du mois d'avril 1637, Louis XIII confirmait l'établissement du nouvel hospice, approuvant les dispositions prises par La Rochefoucauld et les directeurs de l'Hôtel-Dieu. Ne pouvant faire mieux, vu l'état déplorable des finances, il accordait aux Incurables de précieux privilèges : exemption des droits d'entrée, de gabelles etc., etc., droit de franc-salé, c'est-à-dire de prendre dans les greniers du roi la quantité de sel nécessaire aux besoins de la maison.

Les travaux furent poussés avec activité. La disposition en croix avait été adoptée mais, vu la pénurie des ressources et malgré de nombreux donateurs, ce furent les bâtiments en bordure de la rue de Sèvres, à l'exception des autres, qui s'élevèrent les premiers et

(1) *Notice historique* par H. FEULARD, in-4° de 107 p. avec 4 plans. — Paris 1884. Imprimerie de l'Assistance publique.

l'hôpital ne fut véritablement terminé qu'au milieu du XVIIIe siècle, époque où il contenait 350 lits (1758).

La Rochefoucauld ayant fait appel à la charité privée plusieurs personnes *fondèrent* des lits. Ces fondateurs ou ceux auxquels ils déléguaient leurs pouvoirs avaient le droit d'hospitaliser qui bon leur semblait, pourvu toutefois que le sujet remplit certaines conditions dont la première était d'appartenir à la religion catholique : les Réformés n'étant admis qu'à condition d'abjurer. Le postulant devait donc fournir son extrait baptistaire et un certificat de bonne vie et mœurs donné par le curé de la paroisse, puis le médecin et le chirurgien étaient requis pour examiner l'individu proposé et constater la nature incurable de son mal. Etaient admis par le règlement « les relaschements et contractions invétérées des nerfs, les dislocations et fractures des os qui n'ont été remises en temps convenable, les tumeurs extraordinairement grosses, les hergnes avec notables ruptures, les cheutes de gros boyaux, les précipitations de la matrice grande, invétérées et monstrueuses, les hydropisies confirmées, etc. » L'âge d'entrée d'abord fixé à 16 ans fut bientôt porté à 20. Les malades en entrant faisaient à l'hospice abandon de tout ce qu'ils possédaient. Les places étaient d'ailleurs fort difficiles à obtenir: les administrateurs, le procureur général qui avaient droit de nomination étaient assaillis de demandes et les tours de faveur s'accordaient très rarement, témoin Marie-Antoinette qui se vit refuser l'entrée d'un malade qu'elle protégeait.

Nous ne nous attarderons pas à décrire l'Hospice des Incurables avec sa cour d'entrée, sa chapelle, la disposition en croix de ses salles entourées de cours et jardins, aussi bien son style architectural est-il assez insignifiant pour que nous n'insistions pas davantage ; voyons plutôt quel était le régime de ses habitants.

Outre les malades que nous allons retrouver, il donnait également asile à des pensionnaires valides qui, au moyen d'une faible rétribution, 300 livres par an, y trouvaient le vivre et le couvert: du reste, on dut bientôt les supprimer. Toutefois il vint y résider de temps à autre des bienfaiteurs de l'hospice, des gens de marque et de distinction, entre autres Camus, évêque de Belley, homme à l'éloquence satirique, grand ennemi des moines et surtout des moines mendiants dont la fainéantise et les mauvaises mœurs excitaient son indignation. Il mourut aux Incurables ainsi que Mme de la Sablière l'amie dévouée de La Fontaine. Ces diverses personnes n'étaient pas astreintes au régime sévère qui pesait sur les malheureux infirmes. Ceux-ci, en dehors des exercices religieux, devaient travailler toute la journée et avaient à peine deux heures de récréation. Sous la direction sévère des sœurs de la Charité qui en 1689 avaient remplacé les laïques placés primitivement à la tête des divers services, les punitions pleuvaient dru et ferme. A la privation du vin ou de la permission de sortir, et cette dernière s'accordait fort rarement, s'ajoutaient les punitions corporelles. Il y avait une prison pour les récalcitrants et dans la cour s'élevait un poteau de bois garni d'un carcan et d'une chaîne de fer.

Le personnel religieux, outre les sœurs qui étaient au nombre de 40 en 1784 était très largement représenté par cinq ecclésiastiques, dont le supérieur de la maison, qui avait titre de vicaire suivant l'autorisation de l'abbé de Saint-Germain des Prés. En outre, deux docteurs en théologie de la Sorbonne venaient deux fois par semaine visiter et exhorter les malades. A côté du supérieur se trouvait un directeur laïque qui n'était autre qu'un des gouverneurs de l'Hôtel-Dieu, spécialement désigné à cet effet. Nous n'avons pas oublié que les Incurables dépendaient de ce dernier établissement.

Par contre, l'élément médical était fort minime: un médecin et un chirurgien doublés d'un apothicaire devaient suffire à tous les besoins. Il est vrai que les deux derniers pouvaient se faire aider d'un compagnon qui, au bout de dix années, *avait gagné sa maîtrise* de même que ses collègues de l'Hôtel-Dieu, de Saint-Louis et de la Charité.

Les choses allèrent ainsi jusqu'à la Révolution. Les cahiers de l'Assemblée nationale avaient demandé la réforme du système hospitalier. Sans attendre le vote d'une loi, les administrateurs de l'Hôtel-Dieu et des Incurables attachés à l'ancien régime, adressèrent au maire de Paris une lettre de démission qui ne manquait pas de fierté. Dès lors les règlements antérieurs se transformèrent et au milieu des nombreux événements qui ne tardèrent pas à agiter le pays, l'Hospice des Incurables subit de nombreuses transformations. En 1801 les hommes furent transférés au faubourg Saint-Martin, à l'ancien couvent des Récollets, actuellement l'hôpital Saint-Martin; ils furent ensuite momentanément placés à la caserne Popincourt et enfin à Ivry. Les Incurables-femmes restèrent rue de Sèvres jusqu'en mars 1869, époque à laquelle elles furent transportées à l'hospice actuel d'Ivry que l'on ouvrait pour les deux sexes. L'hôpital fut alors fermé. Les événements de 1870 obligèrent à le rouvrir bientôt et l'on en fit une annexe de la Charité. Evacué en juillet 1871 il s'ouvrait à nouveau en mars 1874 et devenait l'hôpital Temporaire avec une administration spéciale. Enfin, en 1878 son existence était définitivement résolue et il prenait le nom d'*Hôpital Laënnec*. Il compte actuellement 620 lits repartis en 4 services de médecine et 1 service de chirurgie desservis par un personnel laïque.

Et maintenant, que dire de la *Notice historique* de M. Feulard à laquelle nous avons emprunté tous ces détails? D'abord qu'elle s'intitule trop modestement car elle contient tout entière l'histoire fort bien faite de l'Hospice des Incurables. Nous aurions désiré cependant y voir mentionné et avec honneur le rapport si complet, tant au point de vue historique qu'administratif, de M. Bourneville (1), et à la suite duquel la transformation actuelle de l'hospice Laënnec fut décidée. Ce n'eut été que justice, car c'est à celui-ci que l'on doit, pour une bonne part, la conservation de cet hôpital, *la création d'un service de chirurgie* (2), les améliorations réalisées ou en cours de réalisation (service des morts et des autopsies, laboratoires, service balnéo-hydrothérapique, etc). Quoi qu'il en soit, les documents choisis s'y pressent, toujours à leur place : tous sont résumés et utilisés dans un style clair, précis, souvent élégant : l'intérêt ne faiblit pas un seul instant. L'auteur, en terminant, espère que cette étude inspirera peut-être à ses lecteurs l'amour de ces reconstitutions du passé : nous le souhaitons vivement et nous espérons avoir bientôt à analyser un pendant digne de l'*Histoire de l'Hospice des Incurables*. GILLES DE LA TOURETTE

Inauguration de la statue de Pinel.

La *Société médico-psychologique*, inaugurera le 13 juillet prochain la statue de Pinel, érigée place de la Salpêtrière et offerte, comme l'on sait, à la ville de Paris par la Société.

L'ordre du jour de la séance d'inauguration vient d'être ainsi fixé : M Dagonet président, ouvrira la séance par une allocution. M. Legrand du Saulle, secrétaire du comité d'érection, fera remise de la statue à la ville de Paris, représentée par M. le Préfet de la Seine. M. Ritt, secrétaire général, lira un éloge de Pinel.

Nous croyons savoir également que plusieurs autres discours seront encore prononcés par les représentants officiels de l'Académie de Médecine, de l'Académie des Sciences, de la Faculté de Médecine et autres compagnies dont l'illustre Pinel était membre. La fête se terminera par un banquet offert par la *Société médico-psychologique*.

Le Choléra. Récompenses.

Les protestations, au sujet des récompenses accordées par M. Waldeck-Rousseau aux personnes qui se sont distinguées dans la dernière épidémie du choléra, continuent à pleuvoir de tous côtés.

AUDE. — *Médailles d'or de 1re classe*. MM. les Drs Petit, Jalabert, Peyronnet, Rigail, de Carcassonne; Marty, de Narbonne; MM. les Drs Marfan, Heylles, de Castelnaudary ; le Dr Garretta, de Lézignan ; les Drs Rouge, Vaysse, de Limoux ; le Dr Devilla, de Tourouzelle; le Dr Delmas (Louis), de Rieux-Minervois.

AVEYRON. — *Médaille d'argent de 1re classe*. M. le Dr Blancard, de Saint-Affrique.

BOUCHES-DU-RHÔNE. — *Médailles d'or de 1re classe*. M. le Dr Albenois (Joseph-Casimir), de Marseille ; le Dr Isnard, médecin des douanes à Marseille. MM. Giraud (F.). Oddo (C.), Imbert (E.), internes à l'hôpital du Pharo ; M. Cartoux (C.), directeur de l'asile d'aliénés Saint-Pierre, à Marseille ; M. le Dr Dauby (Ed.), directeur de l'asile d'aliénés d'Aix ; le Dr Cartier (Casimir) chirurgien en chef de l'hôpital d'Arles. — *Médailles d'or de 2e classe*. MM. Bossano (P.), Icard (Ir.), Tasso (D.), externes à l'hôpital du Pharo, Rippert (H.), Bernard (Claudius), élèves en pharmacie, attachés à l'hôpital du Pharo ; le Dr Abram (E.-J.), médecin-adjoint à l'asile d'aliénés à Marseille; le Dr Gautier; M. Ferran (Achille), chef interne à l'hôpital d'Arles ; le Dr Maunier (M.), médecin-adjoint à l'asile d'aliénés d'Aix ; le Dr Dupeyrom, médecin à Septèmes. — *Médailles d'argent de 1re classe*. Mme Tkatcheff (Alexandrine), élève de la faculté de médecine de Montpellier, déléguée comme interne à l'hôpital d'Arles ; MM. de Clion (G.), Ducasse (L.), élèves de la faculté de médecine de Montpellier délégués comme internes à l'hôpital d'Arles. — *Médailles d'argent de 2e classe*. *(A suivre)*.

Banquet offert à M. le professeur Brouardel.

Les *élèves et amis* de M. le professeur BROUARDEL se sont réunis le samedi 25 avril au café Riche dans un banquet tout intime où ils ont fêté sa promotion au grade de commandeur dans l'ordre national de la Légion d'honneur. La plus grande cordialité

(1) *Rapport*, au nom de la 8e Commissiom, sur la réinstallation du service des morts et du chantier de l'hôpital Laënnec (annexe au procès-verbal de la science du 9 mai 1883).

(2) *Rapport* sur le Budget de l'Assistance publique pour 1879, no 119, p. 37-38.

n'a cessé de régner dans cette réunion que présidait le Dr Girard (de Grenoble), le premier interne de M. Brouardel, qui, dans un discours très applaudi a rappelé la brillante carrière poursuivie par son maître. MM. Cornil, Motet, Labbé et Descoust ont porté des toasts fréquemment interrompus par les applaudissements de toute l'assemblée. M. Gilles de la Tourette, au nom des élèves, a remercié M. Brouardel, en termes émus, non seulement de tout ce qu'il avait fait pour propager en France l'enseignement de la médecine légale en instituant ses conférences de la morgue qui ont jusqu'à l'étranger un si grand retentissement, mais encore et plus particulièrement en rendant hommage à sa grande affabilité et à l'inépuisable bienveillance dont il leur a donné tant de preuves. L'accueil si chaleureux qui accueillit la réponse de M. Brouardel montre que les discours des orateurs que nous venons de signaler avaient été l'expression unanime de la pensée des assistants, à laquelle nous sommes heureux de nous associer.

Service médical de nuit dans la ville de Paris.

STATISTIQUE DU 1er JANVIER AU 31 MARS 1885, PAR LE Dr PASSANT

Arrondissements.	Hommes.	Femmes.	Enfants au-dessous de 3 ans.	Total.
1er	16	20	5	41
2e	15	21	4	4[illegible]
3e	27	35	3	65
4e	33	43	22	98
5e	22	41	8	71
6e	21	25	2	48
7e	15	28	5	48
8e	6	12	3	21
9e	16	19	3	38
10e	42	41	12	95
11e	76	117	37	230
12e	34	45	16	95
13e	43	85	29	157
14e	42	62	20	124
15e	43	77	17	137
16e	15	13	4	32
17e	37	76	22	135
18e	52	113	35	200
19e	46	84	37	167
20e	69	116	61	246
	670	1073	345	2088

MALADIES OBSERVÉES.	
A	
Angines et laryng.	106
Croup	48
Coqueluche	6
Ophthalmie	1
Corps étranger de l'œsophage	1
B	
Asthme	44
Affections du cœur	76
Bronchites aiguës et chroniques	144
Pleuro-pneumonie	100
Congestion pulmonaire	15
C	
Affections et troubles gastro-intestinaux	104
Cholérine	29
Dysenterie	3
Athrepsie	14
Coliques hépatiques, néphrétiques, saturnines	79
Hernie étranglée	15
Rétention d'urine	18
Orchite	3
Chûte du rectum	1
D	
Métrite. Métro-péritonite	37
Métrorrhagie	30
Fausse-couche	55
Accouc. Délivrance	285
Accouc. nou term	47
E	
Affect. cérébrales, Paralysies	110
Eclampsie. Convulsions	103
Névralgies	61
Névroses	65
Epilepsie	23
Aliénation mentale	7
Alcoolisme. Delirium tremens	12
Rage	1
F	
Rhumatisme	25
Affections éruptives	64
Fièvre intermitt.	7
Fièvre typhoïde	41
Hémorrhagies de causes internes et externes	70
G	
Plaies. Contusions	109
Fractures, Luxations. Entorses	39
Brûlures	6
Empoisonnements	12
Asphyxie par le charbon	8
— submersion	3
Suicide	5
H	
Mort à l'arrivée du médecin	56
Total	2088

La moyenne des visites par nuit est de 23 20/100.
Pour le trimestre correspondant de l'an deruier, elle était de 21 23/100.
Les hommes entrent dans la proportion de 32 0/0.
Les femmes — — de 51 0/0.
Les enfants au-dessous de 3 ans, 17 0/0.

Visites du 1er trimestre de 1884	1.932
— — 1885	2.088
Différence en plus	156

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 4. — Dissect. (Epreuve pratique) : MM. Trélat, Farabeuf, Reynier. — 2e *de Doctorat* (N. R.), oral, 1re partie. 1re *Série* : MM. Guyon, Hayem, Reclus ; — 2e *Série* : MM. Béclard, Charcot, Ch. Richet. — 2e *de Doctorat* (A. R.), oral : MM. Vulpian, Damaschino, Kirmisson. — 5e *de Doctorat* (N. R., 1re partie) (Hôtel-Dieu) : MM. Tarnier, Lannelongue, Terrillon. — 5e *de Doctorat* (A. R.) (Hôtel-Dieu) : MM. Verneuil, Fournier, Ribemont-Dessaignes.

MARDI 5. — Médec. opér. (Epreuve pratique) : MM. Duplay, Farabeuf, Peyrot. — 2e *de Doctorat* (N. R.), oral. 1re partie. 1re *Série* : MM. Robin, Le Fort, Campenon ; — 2e *Série* : MM. Sappey, Ball, Humbert ; — 3e *Série* : MM. G. Sée, Cornil, Richelot. — 4e *de Doctorat* (N. R.), MM. Brouardel, Landouzy, Troisier. — 4e *de Doctorat* (A. R.) : MM. Jaccoud, Bouchard, Hanot. — 5e *de Doctorat* (A. R.) (Charité). 1re *Série* : MM. Pajot, Hardy, Bouilly ; — 2e *Série* : MM. Panas, Peter, Charpentier.

MERCREDI 6. — Dissect. (Epreuve pratique) : MM. Lannelongue, Farabeuf, Kirmisson. — 1er *de Doctorat* (A. R.), oral : MM. Charcot, Fournier, Segond. — 2e *de Doctorat* (N. R., 1re partie), oral : MM. Verneuil, Damaschino, Rémy. — 2e *de Doctorat* (N. R., 2e partie) : MM. Béclard, Hayem, Ch. Richet. — 2e *de Doctorat* (A. R.), oral : MM. Trélat, Potain, Rendu. — 3e *de Doctorat* (N. R., 1re partie) oral : MM. Guyon, Tarnier, Terrillon. — 3e *de Doctorat* (A. R.) : MM. Regnauld, Gariel, Blanchard.

JEUDI 7. — Dissect. (Epreuve pratique) : MM. Sappey, Duplay, Campenon. — 1er *de Doctorat* (A. R.), oral, MM. G. Sée, Laboulbène, Peyrot. — 2e *de Doctorat* (N. R., 1re partie), oral. 1re *Série* : MM. Robin, Bouchard, Humbert ; — 2e *Série* : MM. Ball, Panas, Richelot. — 2e *de Doctorat* (A. R.), oral : MM. Le Fort, Peter, Raymond. — 2e *de Doctorat* (N. R., 2e partie), MM. Grancher, Landouzy, Debove. — 3e *de Doctorat* (N. R., 1re partie), oral : MM. Pajot, Richet, Bouilly.

VENDREDI 8 — Médec. opér. (Epreuve pratique) : MM Trélat, Guyon, Terrillon. — 2e *de Doctorat* (N. R., 2e partie) : MM. Béclard, Damaschino, Rémy. — 2e *de Doctorat* (N. R., 1re partie), oral, 1re *Série* : MM. Vulpian, Hayem, Segond ; — 2e *Série* : MM. Charcot, Potain, Kirmisson. — 3e *de Doctorat* (N. R., 1re partie), oral : MM. Tarnier, Lannelongue, Reclus. — 3e *de Doctorat* (A. R.) : MM. Baillon, Gautier, Guebhard.

SAMEDI 9. — Dissect. (Epreuve pratique) : MM. Sappey, Panas, Richelot. — 2e *de Doctorat* (N. R., 1re partie), oral, 1re *Série* : MM. Robin, Le Fort, Charpentier ; — 2e *Série* : MM. Richet, Bouchard, Campenon ; — 3e *Série* : MM. Laboulbène, Cornil, Humbert. — 2e *de Doctorat* (A. R.), oral : MM. Brouardel, Grancher, Bouilly. — 3e *de Doctorat* (N. R., 1er partie), oral : MM. Pajot, Duplay, Peyrot. — 3e *de Doctorat* (N. R., 2e partie) : MM. Hardy, Landouzy, Troisier. — 5e *de Doctorat* (N. R., 2e partie, Charité) : MM. Jaccoud, Ball, Hanot.

Thèses soutenues à la Faculté de Médecine.

Mardi 5. — M. Bégué. Du spasme traumatique consécutif aux déchirures incomplètes des nerfs. — M. Artault. Etude sur l'étiologie de la fièvre typhoïde. (Bacille de la fièvre typhoïde). — *Jeudi* 7. — M. Collin (Henry). Etudes médicales sur les Eaux thermo-sulfureuses sodiques et arsénicales. — M. Délétang. Contribution à l'étude de la pathogénie de l'herpès phlycténoïde. — *Vendredi* 8. — M. BARBÉ. De l'influence du traumatisme sur le rhumatisme articulaire aigu. — M. Vivier. De la diarrhée tabétique.

Enseignement médical libre.

Cours particulier de Technique microscopique. — M. le Dr LATTEUX, chef du laboratoire de clinique chirurgicale de la Charité, commencera un nouveau cours, le jeudi, 7 mai, à 4 heures, dans son laboratoire, rue du Pont-de-Lodi, no 5. Ce cours, essentiellement pratique, est destiné à mettre les élèves en mesure d'exécuter les analyses qu'exige journellement la pratique médicale.

Pour cela, ils sont exercés individuellement, et répètent eux-mêmes toutes les expériences. — Les microscope et autres instruments sont à leur disposition. — On s'inscrit chez le Dr LATTEUX, rue Jean-Lantier, 4, près le Châtelet, de midi 1/2 à 1 heure.

Sténographie. — M. DEDIEU, sténographe de la Chambre des Députés, commencera, pour MM. les Etudiants en médecine, un cours de *sténographie* le samedi 2 mai à 10 1/4 du matin et le continuera les mardis et les samedis suivants à la même heure, à l'Amphithéâtre no 1 de l'Ecole Pratique (rue de l'Ecole-de-Médecine).

FORMULES

9. Traitement des taies de la cornée (1).

Qu'on les appelle *albugo, néphilion, leucôme,* etc., suivant leur degré d'opacité, les taies de la cornée sont toujours la cicatrice visible d'une ulcère de la cornée ou d'un traumatisme. Le plus souvent c'est la *kératite pustuleuse* ou scrofuleuse qui laisse à sa suite ces petits leucomes si fréquents chez les enfants et qui persistent pendant plusieurs années. La *conjonctivite purulente* laisse après elle, quand elle a atteint la cornée, des taches beaucoup plus larges, plus blanches qui obstruent quelquefois toute la cornée sans laisser aucune partie transparente et qui permette de pratiquer une pupille artificielle.

(1) Voir les nos 31, 37, 40, 46 (année 1884 et 2, 6, 11, 14 (1885) du *Progrès médical.* Traitement des maladies des yeux à la clinique du Dr Abadie.

La *diminution de l'acuité visuelle* est en rapport avec l'opacité, avec l'étendue et surtout avec le siège des *taches*. Si l'orifice pupillaire est complètement voilé, la vision est presque abolie ; mais pour peu qu'une partie de la pupille reste libre et que l'opacité cesse brusquement laissant une cornée bien pure à ce niveau, la vision peut être encore suffisante. Un *albugo* à peine visible, mais à bords diffus, occupant le champ pupillaire entraîne souvent une diminution de l'acuité visuelle bien plus considérable qu'un *leucôme* très opaque, mais à bord bien limités.

Les taches légères, superficielles, peuvent disparaître à la longue sans aucun traitement ; mais on en hatera beaucoup la disparition par des insufflations de poudre de *calomel* ou par l'usage de la pommade suivante :

Précipité jaune. . . . . 1 gr.
Vaseline . . . . 10 gr

que l'on introduira chaque jour entre les paupières au moyen d'un petit pinceau. L'effet irritant produit par le calomel et le précipité jaune stimule le mouvement nutritif de la cornée et active la formation de couches cornéennes nouvelles. Mais ce qui donne dans le moins de temps et sans aucun désagrément les meilleurs résultats, ce sont certainement les *douches de vapeur* projetées chaque jour pendant 10 minutes sur l'œil leucomateux, et cela pendant plusieurs mois consécutifs.

L'ablation des couches superficielles de la cornée n'a pas donné d'aussi bons résultats qu'on aurait pu espérer. Le *tatouage* de la cornée à l'encre de Chine rend moins apparents les leucômes très larges et très blancs. Cette opération, que la cocaïne permet d'exécuter sans douleur, mérite d'être pratiquée plus souvent, surtout chez les jeunes filles et quand l'iris n'est pas enclavé dans le leucôme.

L'*iridectomie* optique pourra être pratiquée dans tous les cas où le champ pupillaire sera obstrué par le leucôme, pour donner une vision plus nette. Si l'iris est adhérent au leucôme, il faudra pratiquer l'opération recommandée par M. Abadie sous le nom de *staphylotomie* et qui consiste en une section avec le couteau de Graefe ou les ciseaux-pinces de la bride irienne suivie ou précédée d'une *iridectomie*. Il a réussi par ce moyen, non seulement à prévenir ou à enrayer les accidents glaucomateux provoqués par les tiraillements de la bride irienne sur la région ciliaire, mais encore à rendre l'œil utile par la pupille artificielle pratiquée dans la partie transparente de la cornée. A. Darier.

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 19 avril au samedi 25 avril 1885, les naissances ont été au nombre de 1259, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 452 ; illégitimes, 168. Total, 620. — *Sexe féminin* : légitimes, 487 ; illégitimes, 152. Total, 639.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1881 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 19 avril au samedi 25 avril 1885, les décès ont été au nombre de 1177 : savoir : 620 hommes et 557 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Choléra : M. . F. .. T. . — Fièvre typhoïde : M. 15. F. 4. T. 19. — Variole : M. 2. F. 3. T. 5. — Rougeole : M. 25, F. 22, T. 47. — Scarlatine : M. 1, F. 2, T. 3. — Coqueluche : M. 2. F. 4. T. 6. — Diphthérie, Croup. M. 14, F. 20, T. 34. — Dyssenterie : M. .. F. .., T. .. — Erysipèle : M. .., F. .., T. .. — Infections puerpérales : 6 — Autres affections épidémiques : M. .., F. .., T. .. — Méningite tuberculeuse et aiguë : M. 25, F. 24, T. 49. — Phthisie pulmonaire : M. 127, F. 73 T. 200. — Autres tuberculoses : M. 22, F. 9. T. 31. — Autres affections générales : M. 31, F. 40 T. 71. — Malformations et débilité des âges extrêmes : M. 20, F. 30. T. 50. — Bronchite aiguë : M. 21, F. 16, T. 37. — Pneumonie : M. 61, F. 56, T. 117. — Athrepsie : M. 36, F. 36 T. 72. — Autres maladies des divers appareils : M. 183, F. 196, T. 379. — Après traumatisme : M. .., F. .., T. .. — Morts violentes : M. 26, F. 7. T. 33. — Causes non classées M. 7, F. 7, T. 14.

***Mort-nés et morts avant leur inscription* : 88 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 38 ; illégitimes, 14. Total : 52. — *Sexe féminin* : légitimes, 19 ; illégitimes, 17. Total : 36.**

Faculté de médecine de Paris. — M. Duffoure est nommé chef adjoint du laboratoire de clinique médicale, chargé des travaux chimiques à l'hôpital de la Charité (emploi nouveau).

— M. de Gennes, chef adjoint de clinique médicale, est nommé préparateur du laboratoire de clinique chirurgicale (hôpital Necker), en remplacement de M. Ramonet, démissionnaire.

Clinique d'accouchements. — M. le prof. Pajot reprendra le cours de clinique d'accouchements le mardi 14 avril 1885, à 9 heures du matin, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure. — Visite à 8 heures 1/2 du matin.

Faculté de médecine de Montpellier. — La Faculté a été réouverte le lundi 27 avril.

Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux. — Un concours pour une place de chef des travaux chimiques et pharmaceutiques s'ouvrira le 1er juillet 1885, à huit heures du matin.

— M. le Dr Denigès, licencié ès sciences physiques, est nommé préparateur de chimie (emploi nouveau). M. Lecousse, pharmacien de 1re classe, est nommé préparateur de chimie (emploi nouveau).

Assistance publique. — M. le Dr Dupré vient d'être élu médecin du bureau de bienfaisance du XXe arrondissement. M. le Dr Mellet a été élu médecin du bureau de bienfaisance du XIIe arrondissement.

Concours spécial *pour la nomination à une place d'accoucheur du bureau central d'admission*. — Ce concours sera ouvert le jeudi 4 juin 1885, à midi, à l'Administration centrale, avenue Victoria. MM. les Docteurs qui voudront concourir se feront inscrire au Secrétariat général de l'Administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, et y déposeront leurs titres. Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le lundi 4 mai 1885, et sera clos définitivement le mercredi 20 mai, à trois heures.

Service de santé au Tonkin. — L'organisation du nouveau corps du Tonkin est complétée par la nomination de M. Dujardin-Beaumetz, médecin principal de 1re classe, à la direction du service de santé.

Médecin conseiller général. — M. le Dr Mercier a été élu conseiller général du canton d'Antony (Eure-et-Loir).

Exercice illégal. — Une rebouteuse de Châtellerault, dont le traitement avait déterminé une gangrène d'un membre inférieur, a été condamnée à 60 francs d'amende, 15 jours de prison, et aux frais ainsi qu'à une somme de 2,300 fr. de dommages-intérêts (arrangement amiable). La rebouteuse a été graciée de sa prison par le Président de la République.

Herborisation. — M. Chatin, professeur de botanique à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, membre de l'académie des sciences, fera une herborisation publique le dimanche 3 mai, dans les forêts du Vésinet et de Saint-Germain. Le départ s'effectuera de la gare Saint-Lazare à 10 h. 1/2, pour la station de Chatou. — M. Bureau, professeur de botanique au Museum d'histoire naturelle fera sa prochaine herborisation le dimanche 3 mai dans le bois des Bruyères. Rendez-vous à la station d'Herblay à l'arrivée du train partant de Paris (gare du Nord), à 11 h. 5 m.

Concours. — L'Académie de médecine de Belgique met au concours les questions suivantes : 1° Déterminer, par de nouvelles expériences et de nouvelles applications, le degré d'utilité de l'analyse spectrale dans les recherches de médecine légale. Prix : 1,500 fr. ; clôture du concours : 1er avril 1886 ; — 2° Déterminer expérimentalement l'influence que la dessication, employée comme moyen de conservation, exerce sur les médicaments simples du règne végétal. Prix : 600 fr. ; clôture du concours : 1er juillet 1885 ; — 3° De l'action physiologique des soustractions sanguines, tant locales que générales ; indications et contre-indications dans le traitement des maladies. Prix : 1,500 fr. ; clôture le 31 décembre 1885 ; — 4° — Faire l'exposé de la critique des diverses méthodes de pansements et de traitements antiseptiques des plaies des affections chirurgicales. Prix : 600 fr. ; clôture le 15 janvier 1887 ; — 5° Faire l'étude de l'érysipèle charbonneux ou rouget du porc, au point de vue de ses causes, de ses manifestations, de sa prophylaxie et de son traitement. Rétablir éventuellement ses rapports avec les affections charbonneuses, bactéridiennes et bactériennes. Prix : 600 fr. ; clôture le 15 janvier 1887. — Les mémoires, lisiblement écrits en latin, en français ou en flamand, doivent être adressés *franco* à M. le Dr Rommelere, secrétaire de l'académie de médecine, à Bruxelles.

Nécrologie. — M. Boyer, professeur honoraire de la Faculté de médecine est mort le 18 avril, après une courte maladie. Ses obsèques ont eu lieu le 20. Né le 29 novembre 1804, M. Boyer, après avoir dirigé ses études vers les mathématiques, commença la médecine à l'age de 20 ans. Agrégé en médecine à Montpellier en 1835, professeur de pathologie externe à la faculté de Strasbourg en 1836, après un concours contre Malle et Lacauchie ; enfin professeur de pathologie externe à la faculté de Montpellier à partir de 1845, et médecin en chef de l'hopital Saint-Eloi, M. Boyer a laissé des ouvrages relatifs à diverses branches des sciences médicales, entre autres : *Anatomie pathologique des os* ; — Mémoires sur : *L'inflammation, l'orchite*, la *laryngotomie thyro-hyoïdienne* ; — *Dictionnaire de physiologie* ; — Etude sur *Stahl*, sur le *génie de la médecine*, sur *l'influence de la médecine et des médecins sur les progrès de la civilisation* ; sur le *Rôle de la médecine* ; sur les *Lois qui régissent les sciences en*

général et la médecine en particulier; — *Histoire de la médecine et Histoire de la chirurgie*, insérées dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*. M. Boyer a encore publié de nombreux articles dans le *Montpellier médical*, sur l'*Ecole de Montpellier* : une étude historique de la médication hydrothérapique depuis Hippocrate jusqu'à nos jours. Il laisse inachevés, une *histoire de l'Ecole de médecine de Montpellier* et un travail sur Delpech, qui seront probablement publiés. — Nous apprenons la mort du Dr Pierre VIZERIE, ancien médecin militaire de la grande armée, décédé à Bergerac, le 14 avril, à l'âge de 91 ans.— On annonce la mort du Dr CHARRIER, ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris, décédé le 23 avril, à l'âge de 58 ans.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

F. ALCAN, 108, boulevard Saint-Germain.

MAURIN (S.-E.). — Mucor cholérifère. Organisme de transmission du choléra. Végétation. Effets. Atténuation. — I. Etiologie ; II. Symptomatologie ; III. Thérapeutique ; IV. Prophylaxie du fléau Gangétique. — Broch. in-18 de 128 pages, avec dessins d'après les préparations microscopiques de M. D. Lange.

Librairie G. MASSON, 120, boul. Saint-Germain

FOURNIER (A.). — Leçons sur la période præataxique du tabes d'origine syphilitique. Recueillies par W. Dubreuilh. — Volume in-8 de 442 pages. — Prix : 7 fr.

GUIBOUT (E.). — Traité pratique des maladies de la peau, diagnostic et traitement. Volume in-8 de 392 pages. — Prix : 6 fr.

Librairie O. BERTHIER, 104, boulevard Saint-Germain

MONCORVO. — Contribution à l'étude de la sclérose multiloculaire chez les enfants. — Brochure in-8 de 56 pages.

Librairie J.-B. BAILLIÈRE, 19, rue Hautefeuille.

DUVAL (E.). — Des avantages de l'hydrothérapie hivernale avec observations à l'appui. — Brochure in-8 de 30 pages. — Paris, 1885. — Prix : 1 fr. 25

FLEURY (H.). — L'homœopathie dévoilée. — Brochure in-8 de 24 pages. — Prix : 1 fr.

GUERMONPREZ (Fr.).— Pratique chirurgicale des établissements industriels. — 1er fascicule. — Volume in-8 de 352 pages.

LE BEC (Ed.). — Précis de médecine opératoire. Aide-mémoire de l'élève et du praticien. — Volume in-12 de 466 pages, avec 421 figures. — Prix : 6 fr.

RAINAL (L. et J.). — Les bandages, l'orthopédie et les appareils à pansements. Description iconographique. — Volume in-4 de 294 pages, avec 642 figures. — Prix : 7 fr.

THOMPSON (H.). — Leçons sur les tumeurs de la vessie et sur quelques points importants de la chirurgie des voies urinaires. Traduites et annotées par R. Jamin. — Brochure in-8 de 248 pages, avec 27 figures. — Prix : 4 fr. 50

Annuaire des spécialités médicales et pharmaceutiques (sixième année, 1885). — Volume in-12 de 265 pages. — Prix : 2 fr.—Libr. G. Carré.

LENTZ (F.). — De l'alcoolisme et de ses diverses manifestations considérées au point de vue physiologique, pathologique, clinique et médico-légal. — Volume in-8 de 567 pages. — Bruxelles, 1884. — Librairie G. Mayolez.

MONOD (H.-Ch.). — De l'administration de l'hygiène publique à l'étranger et en France. — Brochure in-4 de 105 pages. — Caen, 1884. Imprimerie Le Blanc-Hardel.

SNYERS (P.). — De l'antipyrine. — Brochure in-8° de 8 pages, avec 2 planches. — Liège, 1885. — Imprimerie H. Vaillant-Carmanne.

DESCHAMPS. — Thrombose fémorale, suite de couches. — Brochure in-8 de 6 pages. — Liège, 1884. — Imprimerie H. Vaillant-Carmanne.

FRESSON (J.). — Le patronage industriel des enfants de l'ébénisterie. Son histoire, son but, ses moyens. — Brochure in-8 de 40 pages. — Paris, 1884. — Librairie Gauthier-Villars.

BERGER (O.). — Ueber die ätiologischen Beziehungen zwischen Syphilis und Tabes.— Brochure in-8 de 14 pages.— Berlin, 1884. — Verlag von G. Reimer.

BRAITHWAITE (J. et W.). — The retrospect of medicine, being a half-yearly Journal. —Volume in-12 cartonné de 424 pages, avec figures. — London, 1885. — Simpkin, Marschale and Co.

SCHREIBER (J.). — Erfahrungen über Mechanotherapie. Extrait du *Wiener medicinischen Presse*, 1884. — Brochure in-8 de 8 pages.

SCHREIBER (J.). — Behandlung der Lungenphtisie durch Ueberwinterung im Hochgebirge. Extrait du *Wiener medicinischen Presse*, 1884. — Brochure in-8 de 8 pages.

SCHULTZE (B.-S.). — Lehrbuch der Hebammenkunft. — Volume in-8 de 368 pages, avec 90 figures. — Leipzig, 1884. — Verlag von Wilhelm Engelmann.

CLEVENGER (S.-V.). — Comparative physiology and psychology. — Volume in-8 cartonné de 250 pages, avec figures dans le texte. — Prix : 12 fr. — Chicago, 1885. — Librairie Jansen, Mc Clung et Cie.

LANDON CARTER. — The treatment of epilepsy. — Brochure in-8 de 28 pages. — New-York, 1884. — Librairie Appleton et Cie.

LANDON CARTER. — The Fillmore will case. — Brochure in-8 de 24 pages. — New-York, 1884. — Steam press of industrial printing company.

KERLIN et GREENE (H.-M.). — Provision for idiotic and feeble-minded children. — Brochure in-8 de 28 pages. — Boston, 1884. — H. Ellis.

PARKER and SHATTOCK. — The pathology and etiology of congenital club-foot. — Brochure in-8 de 32 pages, avec planches. — London, 1884. — Transactions of the pathological Society of London.

SEGUIN (E.-C.). — The american method of giving potassium iode in very large doses for the later lesions of syphilis ; more especially syphilis of the nervous system. — Brochure in-8 de 18 pages. — New-York, 1884.

SEGUIN (E.-C.). — Illustrations of the anomalous course of posterior spinal sclerosis. — Brochure in-8 de 11 pages. — New-York, 1884.

CASTORANI (R.). — Memoria sull' Estrazione lineare inferiore della cataratta con la capsula. — Brochure in-4 de 77 pages, avec figures dans le texte. — Napoli, 1884. — Tipografia Fratelli Piscopo.

CASTORANI (R.). — Memoria sulla cura dell' ectropio infiammatorio.—Broch. in-4 de 8 pages, avec planche hors texte.—Napoli, 1884. — Fratelli Piscopo.

TEBALDI (A.).— Ragione e pazzia.— Volume in-12 de 220 pages. — Milano, 1884. — Ulrico Hoepli.

TEBALDI (A). — Fisonomia ed expressione studiate nelle loro deviazioni con una appendice sulla expressione del delirio nell' arte. — Volume in-8 de 150 pages, avec un atlas contenant 38 planches. — Verona, 1884. — Drucker et Tedeschi.

UGHETTI (G.-B.). — L'epatite suppurativa. — Brochure in-8 de 37 pages, avec une planche hors texte. — Bologna, 1884. — F. Vallardi.

Atti della reale accademia di scienze, lettere e belle arti di Palermo. — Volume in-4 de 250 pages. — Palermo, 1884. — Tipografia del giornale di Sicilla.

PICQUART (A.). — La vérité sur la gymnastique, ce qu'elle doit être. Broch. in-18 de 64 pages.

CECI (A.), KLEBS (G.), VAN ERMENGEM (G.). — Recherches anatomiques et expérimentales sur le bacille-virgule du choléra asiatique. Broch. in-8 de 8 pages. — Liège, 1884. — Imprimerie A. Vaillant-Carmanne.

EPERON. — Hémiachromatopie absolue, avec conservation de la perception lumineuse et de l'acuité visuelle indirecte, dyslexie. Quelques considérations relatives à la localisation des centres visuels corticaux et aux phénomènes mentaux de la lecture. Extrait des *Archives d'ophtalmologie*. Brochure in-8 de 15 pages. — Paris, 1884.

GOUY (Ed.). — Histoire de la fièvre jaune au Brésil. Br. in-8 de 108 pages. — Paris, 1884. — A. Derenne.

MARSSET (A.). — Contribution à l'étude botanique, physiologique et thérapeutique de l'euphorbia pilulifera. Broch. in-8 de 64 pages. — Le Mans, 1884. — Imprimerie A. Drouin.

POINSOT (P.). — De la diathèse urique et de son action dans la cavité buccale. Broch. in-8 de 17 pages. — Amiens, 1884. — Imprimerie T. Jeunet.

TRIPIER (A.). — L'électricité et le choléra. — *Genèse, Prophylaxie et traitement.* Broch. in-8 de 16 pages. — Prix : 50 c. — Paris, Georges Carré.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71.

13e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. I. No 19 BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 9 MAI 1885.

Le Progrès Médical

CLINIQUE NERVEUSE

Observation de localisation cérébrale dans un cas d'ostéite syphilitique du crâne;

Par E. BRISSAUD.

Il y a six ou huit ans, on aurait pu contester la vraie signification de l'observation qu'on va lire. C'était le temps où la Société Anatomique et la Société de Biologie rassemblaient les observations de destructions partielles de l'écorce cérébrale conformes à la doctrine des localisations. Alors on prenait soin, sur les conseils de M. Charcot, d'écarter les cas où des indices d'inflammation aiguë ou subaiguë étaient venus compliquer les phénomènes paralytiques; et c'est ainsi qu'en moins d'une année, on arrivait à dresser avec quelque précision la topographie des principales localisations motrices des circonvolutions. Aujourd'hui le problème a certainement moins d'intérêt, mais il se renouvelle; ce qui semblait simple d'abord ne tarde pas à se compliquer. Les perversions de la fonction du langage, les convulsions partielles ou généralisées, certaines localisations comme celles des muscles oculaires ou celles des muscles rotateurs de la tête sont toujours à l'étude, et nécessiteront probablement encore beaucoup de travail et de recherches.

Notre observation est précisément de celles qu'il eût été sage, dans les commencements, de rejeter comme trop complexe ou de réserver pour l'avenir, car elle concerne une lésion *inflammatoire*, par conséquent, en pleine activité. Nous estimons, néanmoins, que la limitation parfaite de cette activité morbide dans un espace restreint et aussi que la nature spéciale de l'irritation permettent de faire une exception à la règle et de considérer le cas comme valable.

Pierre P..., portefeuilliste, âgé de trente ans, est admis à l'hôpital Tenon, salle Bichat, no 6, le 15 octobre 1884. Ce n'est pas la première fois qu'il vient à l'hôpital. Il y a cinq ans, il a été soigné à Lariboisière pendant six semaines environ, pour un érysipèle de la face. En 1883 il a été reçu à la Pitié dans le service du professeur Lasègue, chez qui nous remplissions alors les fonctions de chef de clinique; et il y a passé deux mois pour des accidents presque identiques à ceux qui l'amènent actuellement à l'hôpital Tenon.

Cet homme est de constitution frêle et de pauvre apparence. Il se plaint d'éprouver de violents maux de tête et de « tomber en attaques. » La céphalalgie est survenue pour la première fois en 1880, à la suite de l'érysipèle de la face. Elle n'a pas eu de prodromes; elle s'est déclarée tout d'un coup, telle qu'elle est aujourd'hui; elle n'est pas totale; elle occupe une partie circonscrite de la région crânienne, approximativement la moitié antérieure de l'os pariétal gauche; elle n'est pas continue, mais, chaque jour, elle revient à plusieurs reprises, et à n'importe quelle heure. Le début en est aussi instantané et aussi imprévu que la terminaison. Elle a une durée moyenne d'un quart d'heure. Elle est térébrante et lancinante, et toujours très pénible, et souvent même cruelle. Elle est, au dire du patient, comparable à un enserrement ou à un écrasement dans un étau qui étreindrait la moitié gauche de la tête.

Le malade raconte que depuis un an et demi il est sujet à de violentes attaques de nerfs, sans perte de connaissance. Les attaques dont il s'agit sont donc postérieures en date à la céphalalgie. Les personnes qui y ont assisté ont indiqué à notre malade les faits qui avaient pu lui échapper à lui-même; et comme il est intelligent et que ses accès ne lui font pas perdre de sa conscience, il les décrit d'une façon satisfaisante : Il tombe en poussant un cri; ses yeux se ferment; sa bouche est déviée à droite et s'agite en mouvements saccadés. Le bras droit est secoué avec une certaine raideur. Le visage devient noir et les lèvres écument. La langue est toujours mordue à droite. La durée de l'attaque serait d'un quart d'heure? Cette appréciation est peut-être exagérée. En tout cas le malade appelle cela « sa grande attaque, » car il en a aussi de petites, qui consistent simplement en mouvements convulsifs légers de la moitié droite du visage, et de la langue et du bras droit. Ces petites attaques sont subintrantes presque toujours; il en a compté jusqu'à sept consécutives. Pas plus que les grandes elles ne touchent à l'intelligence, car il entend et retient tout ce qui se dit autour de lui. Après la crise il éprouve dans les membres une lassitude extrême, un brisement douloureux.

Il n'y a dans les faits qui précèdent rien que d'habituel; c'est une infirmité à laquelle le malade s'est patiemment habitué; aussi est-ce pour une autre raison qu'il est entré à l'hôpital. Depuis dix-huit mois il est sujet à des « fluxions » qui occupent la joue droite et qui se terminent quelquefois par un abcès. Actuellement une petite collection purulente s'étend depuis le bord postérieur de la mâchoire jusqu'à la partie moyenne de la joue. Les ganglions sont volumineux et un peu douloureux; la peau, à peine rosée, présente plusieurs cicatrices dans les environs de l'angle du maxillaire. Bref, il est très probable que l'abcès en question est une *sorte* d'adéno-phlegmon analogue aux précédents. Depuis un an, quatre se sont spontanément ouverts sans laisser de trajets fistuleux. Ils ont toujours été, comme celui d'aujourd'hui, tout à fait apyrétiques.

A la région antérieure des cuisses, à la région interne des jambes, près des genoux, on voit trois cicatrices sans caractères spécifiques. Celles des cuisses seraient consécutives, l'une à un furoncle, l'autre à un coup de pierre. L'origine de la dernière est inconnue.

Le malade se plaint encore d'une infirmité désagréable et malpropre qui consiste dans un écoulement continuel de pus ou de liquide purulent dans l'angle interne de l'œil. C'est un véritable larmoiement, intarissable, plus abondant le jour que la nuit, et qui dure depuis plus de quatre ans. Le globe oculaire d'ailleurs est intact, et la vision parfaitement nette. Mais on constate vers l'extrémité externe de l'arcade sourcilière, juste au niveau de l'angle supéro-externe de l'orbite, une dépression très accentuée, et qui résulte évidemment de la disparition, de la fonte partielle de l'apophyse orbitaire de l'os malaire et de la partie correspondante du

coronal. A ce niveau la peau ne présente aucune modification de couleur ni de sensibilité. Le travail destructif est exclusivement osseux, et s'accomplit silencieusement. Il a débuté sans phénomènes aigus, dans la convalescence de l'érysipèle, et a été seulement marqué, tout au commencement, par un écoulement de pus très copieux qui se fit par la conjonctive. Il est vraisemblable qu'il se produisit à cette époque une inflammation plus aiguë de la glande lacrymale. Mais, actuellement, le cul de sac conjonctival est indemne; et si, comme il y a lieu de l'admettre, le pus vient de la glande lacrymale ou de sa capsule il doit suivre les voies d'excrétion des larmes demeurées à peu près saines. L'altération osseuse dont il s'agit est indolente; elle est remarquablement lente dans sa marche envahis-

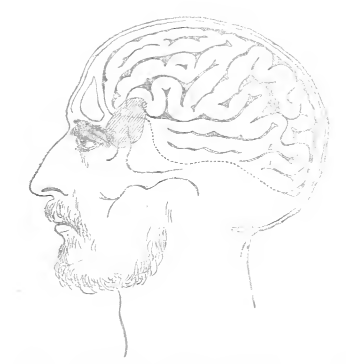


Fig 27. — Figure schématique indiquant la position du cerveau, vu par transparence à travers la paroi cranienne : la plaque striée répond exactement à la lésion osseuse (d'après Féré).

sante. Elle progresse cependant, petit à petit. Comme on peut le voir sur la figure ci-jointe, et autant qu'il est permis d'en juger par la palpation, la perte de substance a détruit environ le tiers externe de l'arcade sourcilière, la moitié supérieure du bord externe de l'orbite, une partie du bord antérieur de la fosse temporale, et elle gagne, en haut et en arrière, jusqu'à une distance que l'on ne peut évaluer qu'approximativement en raison de l'épaisseur du muscle temporal et de son aponévrose : en tout cas elle remonte au moins jusqu'à trois ou quatre centimètres au-dessus et en arrière de l'angle externe de l'orbite.

Les progrès de cette lésion ont été à peine appréciables pour le malade, et il semble que les parties osseuses aient fondu comme de la cire, car on ne sent à travers le tégument, aucune crépitation, et jamais il n'y a eu d'élimination d'esquilles, ni même d'indices que cette carie ou cette nécrose eussent produit le plus petit séquestre à éliminer.

A part la céphalalgie, les attaques et la suppuration orbitaire, le malade a un état de santé général très satisfaisant. Il dort bien, mange avec appétit et digère facilement. Il ne tousse pas; l'auscultation de la poitrine et du cœur ne donne que des renseignements favorables. Les urines ne renferment pas d'albumine.

Peu de jours après son entrée à l'hôpital, nous eûmes l'occasion d'assister pendant la visite, à une « grande » crise. Elle fut bien exactement conforme à ce qui nous avait été annoncé. C'était un type parfait de petite épilepsie jaksonnienne à début facial avec envahissement tardif et à peine marqué du bras, et sans participation du membre inférieur.

Une première question se posait. Quelle était l'origine ou la nature de la lésion osseuse ? Aucun traumatisme n'étant intervenu, deux suppositions étaient permises : la tuberculose et la syphilis. La tuberculose était peu probable. La localisation singulière de l'ostéite, l'indifférence de la conjonctive, l'indifférence encore plus surprenante des méninges, l'absence de lésions pulmonaires constatables, l'absence de tout antécédent héréditaire ou personnel, condamnaient ce diagnostic.

La syphilis, quoique non prouvée, était plus admissible. Et cependant, le malade la niait formellement. Mais il avait aux jambes des cicatrices dont l'origine était douteuse. Il avait des abcès bizarres au voisinage de l'angle de la mâchoire; des abcès *froids* qui s'ouvraient tout seuls, sans réaction inflammatoire et qui ne laissaient pas après eux de trajets fistuleux. Le jour même où il entrait à l'hôpital, le malade en avait un qui commençait à poindre et qui, ponctionné au bistouri deux jours après, donnait issue à un liquide séro-purulent. En résumé, ce genre d'inflammation, mal déterminée, il est vrai, rappelait à beaucoup d'égards la suppuration de certaines gommes cellulaires d'origine syphilitique. En outre, on pouvait invoquer un précédent très équivoque dans l'histoire pathologique, non pas de notre malade lui-même, mais de sa famille : il a eu onze enfants. Les quatre premiers sont vivants et bien portants; les sept derniers sont morts, et tous dans les premiers jours qui ont suivi la naissance! Une syphilis arrivant après le quatrième enfant est la circonstance étiologique qui explique assurément le mieux la mort précoce des sept derniers. Enfin, la preuve pouvait être faite encore par le traitement. Le malade y fut soumis rigoureusement dès son entrée à l'hôpital (frictions mercurielles et iodure de potassium à haute dose), et la guérison s'ensuivit.

La seconde question était de savoir dans quelle mesure la céphalalgie et les crises jaksonniennes étaient imputables à la lésion destructive de la région fronto-orbitaire du crâne. Ici le doute ne nous semblait guère permis. La lésion osseuse datait de quatre ans et demi. Les douleurs étaient venues ensuite, localisées à *la partie antérieure de la moitié gauche* de la tête; puis les crises s'étaient déclarées et devenaient de plus en plus fréquentes. N'y avait-il donc pas lieu d'admettre une irritation de l'écorce cérébrale par une plaque de méningite chronique sous-jacente à la lésion osseuse? Cette supposition était d'autant plus plausible que la progression des symptômes avait été parallèle à celle de l'ostéite crânienne. D'ailleurs, celle-ci correspondait assez bien à la *localisation anatomique* des symptômes constatés (partie inférieure et externe du lobe frontal gauche).

La difficulté d'interprétation ne consistait que dans l'appréciation plus délicate des rapports des lésions méningo-encéphaliques avec les phénomènes convulsifs et paralytiques. Or, l'examen attentif du malade fréquemment renouvelé à partir de son entrée à l'hôpital, ne nous avait fourni que des renseignements très succincts. Une

des choses dont il se plaignait le plus, était la perte ou l'affaiblissement de sa mémoire. Ainsi, il avait oublié les noms de ses meilleurs amis ; il ne se rappelait plus les rues les plus voisines de la sienne. Et pour tous symptômes paralytiques ou parésiques, un seul était à noter, mais qui présentait un intérêt véritable : c'est une gêne particulière des mouvements de la langue, qui ne produisait pas de troubles bien marqués de la parole, mais qui apportait une certaine maladresse dans les mouvements de mastication et de déglutition. Il semblait même que la moitié droite de la langue fût seule atteinte de cette paresse fonctionnelle, car le malade se mordait sans cesse cette moitié-là et se plaignait d'en souffrir.

Après un mois de traitement, les attaques jaksonniennes, qui avaient lieu d'abord quotidiennement, avaient tellement diminué de fréquence, qu'on pouvait se demander si la guérison n'était pas aussi complète qu'on était en droit de l'espérer. Une ou deux crises survinrent cependant encore ; mais à partir du 10 décembre, c'est-à-dire deux mois après le début du traitement, les grandes et les petites attaques ne se reproduisirent plus ; la céphalalgie elle-même se dissipa et il ne resta plus qu'une légère lourdeur de tête qui céda vers la fin de l'année ; si bien que le malade put quitter l'hôpital, complètement guéri des accidents cérébraux et de la suppuration sous-maxillaire pour lesquels il y était entré. Quant à l'ostéite crânienne, il est probable que l'amélioration constatée ne présageait pas encore sa guérison définitive. Le larmoiement purulent avait beaucoup diminué, mais il persistait : aussi conseillâmes-nous au malade de continuer à prendre pendant longtemps de l'iodure de potassium et de renouveler de temps à autre les frictions mercurielles.

L'intérêt principal de cette observation réside évidemment dans la détermination anatomique de la localisation cérébrale que l'examen des parties extérieures permettait d'entrevoir en quelque sorte par transparence, car il ne s'agissait pas ici d'une lésion destructive de l'écorce par un ramollissement embolique ou par tout autre processus d'origine centrale, mais bien d'une altération irritative d'origine périphérique. Autant qu'on en pouvait juger par l'étendue de la dépression crânienne, la pachyméningite provoquée et entretenue par l'inflammation du tissu osseux devait occuper un espace assez restreint du lobe frontal. Sur la figure jointe à l'observation, nous avons représenté la forme extérieure de la lésion crânienne et tracé en pointillé la limite inférieure du cerveau d'après les indications de Féré. On voit que la troisième circonvolution frontale gauche répond à la plaque d'ostéite extérieure dans sa partie moyenne et antérieure. Le pied de la circonvolution est indemne. Nous savons par l'observation qu'un seul phénomène paralytique demeurait en permanence : *la faiblesse et la parésie de la moitié droite de la langue.* Et comme il est constant que le centre des mouvements de la langue est tout au voisinage du pied de la troisième circonvolution frontale, à l'extrémité inférieure de la circonvolution prærolandique, il n'est pas étonnant que le seul phénomène persistant produit par la lésion du frontal et de l'angle externe de l'orbite ait été la parésie, l'inertie relative de la moitié droite de la langue. Mais la lésion cérébrale superficielle dépendante de l'ostéite devait nécessairement se compliquer aussi de méningo-encéphalite rayonnante au pourtour du foyer principal. Ce n'est qu'une hypothèse sans doute, mais d'une probabilité qui équivaut presque à une certitude. Cette irradiation du processus irritatif suscitait des crises convulsives, localisées encore dans une région musculaire très circonscrite. C'est qu'en effet, immédiatement au-dessus du centre des mouvements de la langue, vient celui des mouvements de la face, puis, encore plus loin et plus haut, celui des mouvements du membre supérieur. La crise jaksonnienne à laquelle notre malade était sujet, évoluait précisément dans l'ordre correspondant à ces localisations successives ; et comme le centre des mouvements du membre supérieur était évidemment assez éloigné du foyer de la lésion corticale, les convulsions cloniques du bras n'étaient qu'à peine ébauchées. Enfin, concurremment avec ces phénomènes paralytiques ou convulsifs, les petites défaillances de mémoire observées et signalées par le malade lui-même, indiquaient encore, à défaut d'autre symptôme cérébral, la prédominance du processus irritatif dans la région antérieure du cerveau.

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital des Tournelles. — **M. DEBOVE.**

Note sur quatre cas d'hyperesthésie plantaire ;

Par **L. BARBILLION**, interne des hôpitaux.

Une impressionabilité excessive des téguments de la plante du pied aux diverses excitations extérieures telles que le contact simple, le contact d'objets chauds ou froids, la piqûre, le pincement, le chatouillement, constitue l'hyperesthésie plantaire. C'est un symptôme qui se rencontre dans certaines affections locales du pied ou qui survient dans certaines maladies générales : il peut aussi se montrer seul sans qu'aucun état morbide primitif en justifie l'apparition.

Pendant l'année 1884, nous avons eu l'occasion, dans le service de M. le Dr Debove, d'observer deux malades qui présentaient l'un et l'autre une hyperesthésie plantaire très marquée. L'acuité des douleurs éprouvées, la gêne extrême qui en résultait pour la marche et la station debout, non moins que les heureux effets obtenus dans deux cas par la méthode révulsive, nous ont paru assez intéressants pour que nous rapportions ici l'histoire de ces malades.

Observation I. — Le nommé R... (Alfred), 29 ans, employé de commerce, entré à l'hôpital des Tournelles le 6 novembre 1883, lit nº 28. Aucun antécédent héréditaire, aucune maladie antérieure. Blennorrhagie datant de un mois; depuit huit jours, il éprouve de vives douleurs dans le genou droit, avec gonflement articulaire et quelques symptômes généraux rapidement dissipés. Il entre à l'hôpital avec une arthrite blennorrhagique du genou droit, pour laquelle il est traité pendant les mois de novembre, décembre 1883, janvier et février 1884, par l'immobilisation et les vésicatoires volants; puis par la compression et la teinture d'iode.

Dans les derniers jours de février, le malade ne conservant qu'un peu de raideur de l'articulation avec une atrophie assez marquée des masses musculaires de la cuisse, commence à se lever; mais la marche lui est très pénible à cause d'une hyperesthésie très marquée de la plante des deux pieds; aussi est-il condamné au lit pendant presque toute la journée. Couché, il ne souffre pas, pourvu qu'aucun contact, même léger comme celui des draps ou de la main, ne vienne, en effleurant la peau, éveiller une sensibilité assez vive pour devenir pénible. Il éprouve alors comme une sensation de brûlure; et, pour ajouter à l'analogie, le contact des objets froids est mieux supporté que celui des objets chauds. Du reste, le froid et le chaud sont nettement discernés ; le pincement éveille une sen-

sibilité plus vive peut-être que ne le comporte la vigueur avec laquelle on le fait. Les réflexes tendineux sont normaux; la sensibilité des téguments est normale partout ailleurs; il n'existe au niveau de la surface plantaire ni gonflement, ni rougeur. La transpiration y est modérée. Pas de syphilis; rien dans les urines.

On applique sous chaque pied une semelle d'emplâtre à vésicatoire qui, vu l'épaisseur des téguments, est laissée dix-huit heures en place. Le lendemain de larges phlyctènes couvrent la région plantaire; leur contenu est évacué, l'épiderme est conservé et le vésicatoire pansé avec un papier fin enduit de vaseline. Au bout de trois jours, tout est sec; le malade se lève et marche sans éprouver la moindre douleur.

Sorti des Tournelles le 17 mai 1884, cet homme est rentré pour quelques jours à l'hôpital, le 25 août. Il se plaignait d'un peu de raideur du genou droit. L'hyperestésie plantaire n'avait plus reparu.

L'histoire de notre second malade n'est pas moins intéressante; l'affection s'y montre chez lui avec des caractères encore plus tranchés.

Observation II. — Il s'agit d'un homme de 36 ans, très vigoureux, de haute stature, entré à l'hôpital des Tournelles le 8 novembre 1884, lit nº 6. Son père est mort d'une hémiplégie gauche; sa mère a succombé à la suite d'une fluxion de poitrine. Lui-même n'a jamais été malade, sauf en 1869, époque à laquelle il fut atteint pendant quatre mois de fièvres intermittentes, alors qu'il était en garnison en Afrique, et dont il n'a plus jamais été tourmenté dans la suite.

Il entre à l'hôpital pour une hyperesthésie plantaire double, qui l'oblige à marcher avec la plus grande peine. Garçon épicier depuis quatre mois, il est debout toute la journée, de sept heures du matin à minuit; il y a trois mois environ, il commença à ressentir vers le soir une douleur aiguë sous les deux pieds, à la région moyenne. Bientôt, ce n'est plus le soir seulement, mais toute la journée qu'il souffre, et non plus dans la région moyenne, mais dans toute l'étendue de la plante du pied. Du reste, la douleur disparaît dès que le malade se couche, ou dès que, s'asseyant, il cesse de porter sur ses pieds le poids de son corps. Aussi, actuellement étendu dans son lit, il ne ressent aucune douleur; mais dès qu'il remue les jambes, le contact des draps lui fait éprouver à la plante des pieds une sensation de brûlure vive. S'il se lève, la douleur devient plus aiguë; marche-t-il pieds nus sur le plancher froid de la salle, la douleur est moins vive, et tout corps froid produit le même effet, alors que tout objet chauffé exagère la sensation de brûlure. C'est pourquoi le malade trempait fréquemment ses deux pieds dans l'eau froide, lorsque l'hyperesthésie était par trop insupportable. Il a remarqué également qu'il souffrait moins lorsqu'il marchait avec des chaussons que lorsqu'il portait des souliers. Si, marchant pieds nus, il rencontre quelque inégalité du sol, la douleur devient d'une acuité telle qu'il tomberait presque en défaillance. Aussi la marche est-elle des plus pénibles, et le malade avance avec lenteur et précaution, ne posant le pied qu'avec la plus soupçonneuse circonspection. Lorsqu'il ferme les yeux, la crainte de rencontrer quelque obstacle ajoute encore à l'incertitude de sa démarche. Du reste, les réflexes tendineux sont normaux, aucune trace d'ataxie; les objets chauds et les objets froids sont nettement perçus au niveau de la plante des pieds; pas de rougeur ni de gonflement des téguments; transpiration très modérée. Rien à signaler du côté des autres organes; les urines sont normales; pas de syphilis; pas de rhumatismes.

Le *10 novembre*, en vue d'obtenir une révulsion énergique sur la région douloureuse, M. Debove fait une première pulvérisation de chlorure de méthyle, pendant une demi-minute environ, sur chaque plante du pied. La congélation des teguments est presque instantanée. Dès qu'elle a disparu pour faire place à l'hyperémie habituelle de la décongélation, le malade qui a peu souffert de l'opération se lève, marche, court, sans ressentir aucune trace de son hyperesthésie. Cet état dure quatre heures environ, au bout desquelles l'hyperesthésie plantaire se manifeste de nouveau et aussi vive qu'auparavant.

11 novembre. Il ne reste aucune trace de l'application de chlorure de méthyle. Même état qu'au moment de l'entrée.

15 novembre. Deuxième pulvérisation beaucoup plus énergique que la première; cette fois, il se produit de la vésication à la plante du pied droit; à gauche, rougeur et chaleur locale.

A la suite de cette pulvérisation, qui, bien qu'énergique, a été peu douloureuse, toute trace d'hyperesthésie plantaire disparait, et le malade marche avec facilité, gêné seulement un peu par le vésicatoire du pied droit, qui est complètement sec au bout de trois jours.

28 novembre. Le malade, guéri, part à Vincennes.

Il rentre à l'hôpital le 15 décembre, repris depuis trois ou quatre jours de son affection. Les signes sont les mêmes que lors de sa première entrée dans le service, quoique moins accusés. Séance tenante, large et énergique pulvérisation de chlorure de méthyle pendant près de trois minutes. La congélation des téguments est complète, la peau de la plante du pied est transformée en une plaque blanche, dure, rendant sous la percussion de l'ongle un son clair, bref, en un véritable glaçon. L'opération a été beaucoup plus douloureuse que les premières fois, mais non toutefois intolérable. Le malade reste couché toute la journée.

16 décembre. La pulvérisation n'a laissé d'autre trace qu'une rougeur uniforme des téguments plantaires, avec quelques phlyctènes; l'hyperesthésie cutanée a complètement disparu; le malade marche très bien, la guérison paraît complète.

30 décembre. La guérison persiste.

8 janvier. Le malade continue d'aller bien.

Réflexions. — Il est bien évident que dans les cas que nous venons de rapporter nous n'avions pas affaire à une affection de nature névralgique. Aucun des caractères qui appartiennent aux névralgies proprement dites n'existait chez nos malades; pas d'intermittences, pas de paroxysmes dans la douleur; aucune localisation le long du trajet d'un nerf, aucun point douloureux particulier. Il ne s'agit pas non plus de douleurs siégeant dans les muscles ou dans les articulations du pied; la douleur est trop superficielle et elle n'est pas réveillée par les mouvements que le malade exécute à vide pour ainsi dire, en évitant tout contact. L'absence de tout symptôme susceptible d'être rapporté à une affection cérébro-médullaire et, notamment, l'intégrité des réflexes tendineux permet de rejeter l'hypothèse d'une myélite systématique ou non, d'un tabes au début, d'une paralysie générale, etc.; de même que de l'examen des urines, on peut conclure qu'il ne s'agit pas ici de quelques-uns de ces troubles de la sensibilité qui se rencontrent dans le mal de Bright et le diabète. Pas davantage on n'est en droit de penser à une intoxication chronique telle que le saturnisme ou l'hydrargyrisme. Tout au plus peut-on soupçonner nos deux malades d'alcoolisme, et comme ils n'en présentent aucun symptôme, l'accusation toute gratuite n'a eu en sa faveur que la fréquence de cette intoxication dans la classe à laquelle nos malades appartiennent; cela n'est pas suffisant. S'agirait-il d'une sorte de névralgie diffuse du derme plantaire et aurions-nous affaire à une affection rentrant dans ce que Beau a décrit sous le nom de dermalgie? Nous ne le pensons pas; la dermalgie de Beau est de nature rhumatismale; elle reconnait pour cause ordinaire l'impression du froid, pouvant frapper n'importe quel point du corps, mais principalement, il est vrai, les membres inférieurs: elle alterne ordinairement avec d'autres manifestations du rhumatisme; la douleur en est spontanée et non provoquée; elle s'accompagne parfois d'un état fébrile avec malaise, céphalalgie, troubles digestifs, et offre rarement une durée qui dépasse cinq ou six semaines; tous caractères qui s'écartent singulièrement des symptômes observés.

On pouvait enfin se demander si on n'était pas tout simplement en présence de deux cas de contusion chronique du talon. Cela paraît bien peu probable. A la vérité, c'est un mois après après avoir changé de profession et pris un métier qui le force à rester debout dix-huit heures sur vingt-quatre que l'un de nos malades a vu l'affection se développer; mais chez l'autre, c'est à l'hôpital, dans son lit pour ainsi dire, que la maladie est apparue, et sans que le repos auquel le condamnait son arthrite ait eu la moindre influcnce salutaire sur la marche de cette affection. Et de plus, il ne semble pas que les phénomènes douloureux éprouvés par ces malades soient de même nature que ceux de la maladie dite des sergents de ville. Ici point de localisation particulière au talon, ou aux points qui portent surtout le poids du corps pendant la marche. C'est une hyperexcitabilité diffuse, étendue à toute la superficie plantaire du pied, et qu'on réveille aussi bien par le simple contact, le chatouillement ou la piqûre que par une pression énergique; et si la marche est difficile, ce n'est pas qu'elle éveille une douleur véritable comme celle de la compression ou de la contusion répétée des parties molles: il semble au contraire que les malades éprouvent, et ils le disent bien, une sensation analogue à celle qu'on ressent, lorsque l'on marche pieds nus, au sortir d'un bain de pieds sinapisé; la sensibilité cutanée est devenue si exquise, qu'il suffit de la rencontre d'une petite aspérité, d'une inégalité du sol, d'un gravier, pour donner lieu à une sensation des plus pénibles qui étreint le patient dans une angoisse inexprimable. En outre, tandis que chez nos malades l'affection était bilatérale, symétrique et sans prédominance des phénomènes douloureux d'un côté ou de l'autre, dans la contusion chronique du talon la douleur est au contraire ordinairement cantonnée dans un seul pied, et de préférence dans le pied droit.

Les mêmes considérations sont applicables à l'observation suivante; c'est l'histoire d'un malade soigné à Bicêtre, dans le service de M. Debove; et dont nous sommes redevables à notre excellent collègue et ami, M. Achard, interne du service. Le cas est ici un peu plus complexe, car outre qu'il s'agit d'un homme atteint depuis plus de vingt ans d'un psoriasis généralisé, l'apparition d'un tremblement particulier dans les membres inferieurs pouvait pendant quelque temps faire songer à une affection plus profonde, qu'une simple hyperesthésie plantaire.

Observation III. — Le nommé C... (François), 45 ans, journalier, entré le 15 novembre 1882, salle Laënnec, nº 2, à l'hospice de Bicêtre. Pas d'antécédents héréditaires. Aucune affection nerveuse dans la famille. Lui-même n'a jamais eu d'autre maladie qu'un psoriasis généralisé à l'âge de 16 ans, qui a toujours duré depuis cette époque et dure encore avec des alternatives d'apaisement et de recrudescence. Aujourd'hui la plus grande partie du corps est recouverte de plaques psoriasiques; aucune partie du tégument n'a été épargnée; il y en a eu à la plante du pied. Cet homme a été soigné plusieurs fois à Saint-Louis sans succès. Aucun accident cérébral ni médullaire. Pas de syphilis, pas de rhumatisme.

En 1868, il commence à ressentir de la douleur au niveau de la plante des pieds. Cette douleur n'était pas spontanée, elle ne survenait qu'après une marche de quelques heures; mais rapidement, en l'espace de quinze jours, le malade en arriva au point de ne plus pouvoir fournir une course de plus de 4 ou 5 kilomètres. La souffrance trop vive le forçait de s'arrêter.

La douleur persiste à peu près la même jusqu'en 1880, et le malade continue tant bien que mal son métier de journalier. Jamais de fourmillements dans les pieds; mais souvent des élancements survenant d'une façon intermittente. En novembre 1880, alors que depuis un mois il était traité pour son psoriasis dans le service de M. Lallier, la douleur provoquée devint si forte, qu'elle empêcha absolument la marche. Depuis lors, elle ne s'est plus modifiée; le malade est dans l'impossibilité complète de se tenir sur ses pieds, encore plus de marcher. L'hyperesthésie est essentiellement localisée à toute la peau de la région plantaire; elle n'empiète en aucun point sur la face dorsale, dont la sensibilité est normale; la surface plantaire des orteils, dont toutes les articulations sont fléchies, est également hyperesthésiée; le moindre contact, quelque léger qu'il soit, celui du doigt, celui des couvertures réveille une sensibilité extrême, et le malade tressaille aussitôt de tout le corps. Aussi use-t-il de véritables subterfuges pour se chausser, entrer dans son lit, en sortir, et faire en un mot les moindres mouvements. Il se promène dans l'hospice, marchant sur ses genoux, ceux-ci recouverts de genouillères épaisses, les jambes repliées horizontalement, de ses mains, tenant une chaise dont il se sert comme point d'appui. Et c'est ainsi que, véritable infirme, tous les jours et quelquefois plusieurs fois par jour, on le voit monter et descentre les escaliers. En juin 1882, apparaît assez rapidement du tremblement dans les membres inférieurs, tremblement beaucoup plus marqué à droite, continuel, mais augmentant surtout quand le malade étend la jambe, en contractant fortement ses muscles. Ce sont alors de petites oscillations courtes, isochrones, très rapides, d'avant en arrière, assez fortes parfois pour qu'une partie du corps soit entraînée dans le mouvement. Du reste, persistance du réflexe tendineux; état général excellent; les fonctions digestives sont normales, le sommeil est bon.

A la fin d'août 1883, le malade se souvenant qu'il s'était bien trouvé jadis de l'application d'un vésicatoire à la plante du pied, demande instamment à en renouveler l'essai. Il s'applique successivement quatre vésicatoires à chaque pied, et grâce à ce traitement, il obtient un certain soulagement: il peut marcher avec des béquilles, en appuyant avec précaution les pieds sur le sol.

En octobre 1883, le malade peut marcher sans béquilles, avec une canne; deux mois après, il est obligé d'en reprendre l'usage pendant sept jours seulement, puis les douleurs diminuent spontanément.

Janvier 1885. Depuis lors, l'état s'est peu modifié; le malade marche chaque jour, mais ne peut faire cinq cents mètres sans se reposer plusieurs fois. La démarche n'a rien d'hésitant; on peut presser sur toute la surface plantaire sans déterminer aucune douleur. Il n'y a plus trace du tremblement signalé plus haut et qui n'a du reste duré que quatre mois.

L'état général est excellent, le psoriasis n'a subi aucune modification.

Voici, enfin, l'histoire d'un malade observé par M. le Dr Rueff, chef de clinique adjoint de la Faculté, et qui rentre dans la même catégorie de faits.

Observation IV. — Il s'agit d'un homme de 35 ans, alcoolique de longue date, exerçant la profession de clown dans un des cirques les plus connus de Paris. A la suite d'une bronchite contractée au commencement du mois de décembre 1884, et complètement guérie dès les premiers jours de janvier, cet homme, qui n'avait jamais éprouvé pareil inconvénient, commence à ressentir de vives douleurs à la plante des pieds. Bientôt la marche est absolument impossible, et dès qu'il pose le pied à terre, le malade souffre un véritable martyre; la plante du pied gauche est surtout douloureuse. C'est une hyperesthésie superficielle qui s'éveille au plus léger contact, et qui ne s'accompagne ni de rougeur, ni de gonflement des parties molles: la pression sur les os, sur les articulations du pied ne provoque aucune douleur profonde. En outre de ces phénomènes douloureux, il se produit chez cet homme des douleurs spontanées, nocturnes, au niveau de la région plantaire, et assez intolérables pour amener de l'insomnie. Toutes les médications employées (salicylate de soude, iodure de potassium, pommades) ayant échoué, on fait le 2 février une pulvérisation de chlorure de méthyle sur la région hyperesthésiée. La quantité de liquide employée a été d'environ un tiers de siphon, soit à peu près un quart de litre. La congélation des téguments a

été complète. Cinq minutes après, le malade peut marcher. Mais il est obligé ensuite de garder le lit pendant trois jours, à cause de la vésication obtenue. Cette vésication a été du reste légère, et n'a amené de grosse phlyctène qu'au niveau de la région moyenne plantaire gauche, point qui était le siège de l'hyperesthésie la plus vive. — Le quatrième jour, le malade marche très bien. — Depuis ce temps, la guérison s'est maintenue.

Voilà donc quatre observations d'hyperesthésie plantaire très nettement caractérisée. Nous n'avons pas retrouvé d'observations analogues d'une affection dont il n'est, du reste, fait aucune mention dans les traités classiques. Ce n'est pas à dire que les cas en soient d'une rareté extrême, mais il est probable qu'ils ne se présentent qu'exceptionnellement avec l'intensité qu'ils offraient chez ces quatre malades. Aussi bien, n'est-ce souvent qu'un inconvénient qui passe inaperçu et pour lequel on néglige même de consulter le médecin.

Quoi qu'il en soit de la fréquence de cette affection, il est à noter que ces quatre cas sont survenus chez des individus adultes robustes, nullement atteints de nervosisme. Peut-être la fatigue résultant de la station debout prolongée peut-elle être invoquée chez le malade qui fait l'objet de notre seconde observation ; et il faut attribuer l'hyperestésie plantaire dans ce cas, à la compression des terminaisons nerveuses du derme et même de celles de l'épiderme, dont l'existence démontrée par Languerhans et Eberth est admise aujourd'hui par les histologistes les plus autorisés. On peut tout au moins se demander aussi si l'hyperestésie plantaire ne relève pas d'un trouble de nutrition, d'une modification de la circulation cutanée qui exercerait une action irritante sur les extrémités nerveuses. Employé de commerce, faisant la place de Paris, et accoutumé à marcher toute la journée, le malade de l'observation I, se trouve condamné au repos forcé par une arthrite blennorrhagique : l'hyperesthésie plantaire se développe pendant le séjour au lit, alors que le malade ne peut mettre le pied sur le sol. Même remarque pour le clown dont nous devons l'observation à l'obligeance de M. le D[r] Rueff. Ce n'est pas dans le cours de ses exercices gymnastiques, alors qu'il surmène et contusionne la plante de ses pieds dans les mille sauts et cabrioles de son métier, c'est au contraire lorsqu'une bronchite l'oblige à garder le lit pendant un mois, que l'hyperesthésie plantaire se déclare. Et n'est-on pas dès lors en droit de supposer que le nouveau genre de vie pour ainsi dire, de la peau plantaire, passant subitement d'une existence très active à une extrême oisiveté, ne soit pour beaucoup dans l'apparition de la maladie. L'efficacité de la révulsion, en modifiant les conditions de nutrition de la peau, par le trouble apporté à la circulation serait peut-être un argument de plus en faveur de cette hypothèse. Ne pourrait-on pas aussi rapprocher tous ces cas d'hyperesthésie plantaire de troubles de la sensibilité tout à fait analogues de la face palmaire de la main et des doigts, ainsi que nous en avons vu un exemple chez une malade de l'hôpital des Tournelles. Deux séances de congélation par le chlorure de méthyle suffirent à guérir presque complètement cette femme d'une hyperesthésie palmaire dont elle souffrait depuis deux ou trois ans. Il est enfin tout au moins vraisemblable qu'il existe chez le malade de Bicêtre une relation étiologique entre l'hyperesthésie plantaire et le psoriasis généralisé dont il est atteint. D'une part la plante du pied n'a pas été respectée par l'éruption à une certaine époque de la maladie ; et d'autre part l'existence de troubles de la sensibilité, névralgies et hyperesthésies est chose commune chez les individus atteints d'affections cutanées, chez les herpétiques en particulier. Du reste la méthode révulsive a donné ici d'excellents résultats. S'il n'est pas complètement guéri, le malade de Bicêtre voit son état amélioré dans des proportions considérables. Quant aux trois autres malades, ils ont été radicalement guéris ; le premier par un vésicatoire ordinaire, les deux derniers par la congélation au chlorure de méthyle, et la vésication qui la suivit. Ici comme pour la névralgie sciatique, il ne faut pas craindre de pousser la congélation jusqu'à la vésication si l'on veut obtenir un résultat favorable et rapide.

C'est de la sorte que la guérison fut obtenue chez une malade dont M[me] Perrée, D[r] en médecine, a bien voulu nous donner l'observation. Deux congélations successives alors que l'application d'un vésicatoire ordinaire avait échoué, triomphèrent d'une affection douloureuse de la plante du pied droit, qui nous paraît du reste rentrer plutôt dans les cas de contusion chronique du talon que dans ceux d'hyperesthésie plantaire simple. Voici l'observation résumée de la malade en question.

Observation V. — M[me] N..., 51 ans, rentière, très nerveuse, est prise, à la suite d'une promenade de quelques heures, au mois de juin dernier, d'une douleur assez vive de la région plantaire du pied droit. Malgré un repos de plusieurs jours, la douleur persiste, supportable au repos, s'exagérant par la marche. Elle siège principalement au niveau du talon antérieur, c'est-à-dire à l'extrémité antérieure des deuxième et troisième métatarsiens; pas de rougeur ni de gonflement des parties. Varices depuis de longues années, un peu d'œdème péri-malléolaire le soir, mais bien antérieur aux phénomèns douloureux actuels. Pas d'albumine dans les urines. Même état pendant près de six mois. Vers le mois de décembre, les phénomènes douloureux s'accentuent; la malade marche avec beaucoup de peine, obligée de s'appuyer exclusivement sur son talon.

A cette époque, M. Debove prescrit l'immobilité et l'application d'un vésicatoire, *loco dolenti*. Aucune amélioration.

Le 25 *décembre*, M. Debove fait sur la région plantaire antérieure une application de chlorure de méthyle. Immédiatement, la malade, à sa grande stupéfaction, se tient debout sur son pied droit, et fait sans souffrance le tour de la chambre. Huit jours plus tard, le vésicatoire produit est sec, le talon antérieur est indolent, mais le talon postérieur est devenu assez douloureux pour que la malade puisse à peine s'appuyer dessus.

7 *janvier*. Nouvelle application de chlorure de méthyle ; tous les phénomènes douloureux sont calmés.

Aujourd'hui, 19 *janvier*, la malade marche très bien, quoiqu'elle éprouve un peu de faiblesse musculaire. Aucune douleur; tout porte à croire à la guérison complète et définitive.

Nous conclurons donc en terminant, qu'il existe des cas d'hyperesthésie plantaire, dont il est impossible de rattacher l'existence à une affection primitive locale ou générale : que la bitéralité et les caractères propres de cette hyperesthésie la distinguent nettement de certaines affections douloureuses du pied telles que la tarsalgie et la contusion chronique du talon ; qu'enfin, ces hyperesthésies sont justiciables soit de la vésication par les moyens habituels, soit de la congélation. Cette congélation s'obtient avec une grande facilité par le chlorure de méthyle, mais elle doit être assez énergique pour produire un véritable vésicatoire. Ce traitement est peu douloureux et il n'expose les malades à aucun inconvénient. On a accusé le chlorure de méthyle de produire parfois de larges escharres cutanées ; outre que dans les cas très nombreux de sciatique où nous l'avons vu employer par notre maître M. Debove, nous n'avons jamais assisté à aucun accident, il nous paraît

que l'épaisseur de la couche cornée de l'épiderme plantaire, est bien faite pour rassurer les plus timides sur l'éventualité d'une vésication trop énergique et le danger possible d'une escharification plus ou moins étendue. Il est bien évident que cette méthode est formellement contre-indiquée, comme le vésicatoire du reste chez les individus dont la circulation cutanée est vicieuse, chez ceux qui, cardiaques, diabétiques, albuminuriques, œdémateux, sont exposés à voir la moindre écorchure des téguments se compliquer de lymphangite grave, de phlegmon, d'érysipèle, et de gangrène.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Les Dispensaires pour Enfants.

Nous avons déjà eu l'occasion d'insister sur la création de dispensaires pour enfants, due à la charité privée (1). Nous ne reviendrions pas aujourd'hui sur les avantages de ces établissements et sur les services qu'ils peuvent rendre à la population parisienne, si nous ne considérions comme un devoir de tenir nos lecteurs au courant des efforts tentés et des résultats obtenus dans cette voie féconde.

Le dispensaire de la Société philantropique à la Villette fonctionnait à peine depuis un an qu'on annonçait l'inauguration du splendide dispensaire que Mme Furtado-Heine a fait construire à ses frais dans le XIVe arrondissement, à la hauteur du n° 149 de la rue d'Alésia, dans le faubourg pauvre et intéressant de Montrouge.

Une visite récente faite à ce dispensaire nous permettra d'en exposer succinctement les rouages principaux. Les constructions ne sont pas seulement élégantes et belles, mais elles trahissent dans toutes leurs parties la préoccupation constante de sacrifier aux exigences de l'hygiène la plus avancée. L'habile architecte qui a dressé les plans et dirigé les travaux, M. Blondel, a voulu répandre à profusion l'air et la lumière dans toutes les salles du rez-de-chaussée comme dans toutes les pièces du sous-sol qui a été parfaitement utilisé. On ne peut qu'applaudir à la propreté excessive et à la salubrité absolue de l'édifice, quoiqu'il soit réservé à de simples consultations externes et ne soit pas aménagé pour garder à demeure aucun malade.

D'ailleurs, si quelque visiteur venait à être frappé par le luxe apparent de l'installation matérielle, on pourrait lui répondre que, les plans étant donnés, il ne coûtait pas plus cher de faire *propre* et *beau* que de faire *terne* et *laid*. Si nous parcourons les différentes pièces du rez-de-chaussée, nous trouvons une très belle salle d'attente pour les enfants, un cabinet de consultation médicale, un cabinet de consultation chirurgicale, une salle pour les yeux et les oreilles, des bains pour garçons et filles, une salle de douches, un cabinet d'électrisation et de massage, un gymnase médical, etc., sans parler de la lingerie, de la buanderie, de la pharmacie. Dans le sous-sol sont installées une très belle piscine, une cuisine avec réfectoire, une chambre de désinfection et de nombreuses pièces accessoires qui font de ce dispensaire le plus beau, le plus riche et le mieux outillé de ceux qui existent. Nous venons d'esquisser les avantages de l'installation matérielle ; étudions maintenant le fonctionnement.

Quoique le dispensaire soit affecté exclusivement à l'enfance, on a cru bon de spécialiser les services et de mettre en œuvre le principe fécond de la *division du travail*. La consultation médicale est faite tous les matins à 9 heures par M. le Dr Charrin, ancien interne des hôpitaux de Paris, assisté d'un interne. Ce dernier inscrit les enfants sur un registre, écrit les ordonnances quand les médicaments indiqués ne se trouvent pas à la pharmacie du dispensaire, et tient un compte exact de toutes les actions médicamenteuses jugées nécessaires.

Le nombre des enfants qui suivent la consultation médicale est très considérable. Il était beaucoup plus grand encore dans les premiers mois, alors qu'on admettait les enfants de tout âge. Pour éviter un encombrement qui risquait de transformer la consultation du dispensaire en une *consultation d'hôpital*, on a pris la résolution d'exclure les enfants de 0 à 2 ans, et le chiffre journalier des consultations a pu tomber ainsi de 80 à 40 environ.

Cette exclusion des petits enfants est regrettable ; les enfants de 0 à 2 ans, en effet, sont très souvent malades ; ce sont eux qui paient le plus large tribut à la mortalité infantile ; c'est à cet âge tendre qu'on voit sévir l'athrepsie, qu'on voit débuter le rachitisme, la scrofule, etc., sans parler des maladies aiguës. Et qu'on ne vienne pas nous dire que l'intervention médicale est stérile ou à peu près quand elle s'adresse à des enfants trop jeunes. Nous estimons qu'en matière d'affections chroniques, c'est-à-dire d'affections qui relèvent surtout du dispensaire, nous rendons beaucoup plus de services aux enfants de 0 à 2 ans qu'aux enfants de 2 à 15 ans. C'est pour toutes ces raisons que nous ne pouvons approuver la mesure appliquée au dispensaire de Mme Heine.

Il est vrai que nos regrets se trouvent atténués par ce fait que les enfants de *tout âge* sont admis à la consultation chirurgicale dirigée par M. Redard, à la clinique ophthalmologique de M. Meyer, à la consultation pour les maladies d'oreilles dont M. Ménière est chargé. Ajoutons qu'un dentiste spécial, M. Chauveau, est attaché au dispensaire. Non seulement les consultations, les médicaments, les bains, les douches, etc., sont donnés gratuitement à tous les enfants qui se présentent, mais encore des appareils orthopédiques fournis par la maison Collin sont appliqués suivant les prescriptions médicales.

On voit que Mme Furtado-Heine a fait grandement les choses : une installation qui ne laisse rien à désirer, des médecins experts et pleins de zèle, des auxiliaires nombreux et dévoués assurent le fonctionnement du dispensaire dans les conditions le plus largement avantageuses.

Si maintenant nous cherchons à apprécier quelle est la portée de ce dispensaire et quel rôle il est appelé à jouer dans ce mouvement charitable qui, de tous côtés, fait surgir des dispensaires pour enfants, nous dirons :

Le dispensaire Furtado-Heine, le plus grand et le plus beau de ceux qui existent, rend d'ores et déjà

(1) *Progrès médical*. 1884, p. 495.

d'inappréciables services. On ne saurait donc trop admirer la générosité d'une bienfaitrice qui consacre ainsi, d'un seul coup, plusieurs millions à la charité. On serait mal venu, devant cette munificence princière, à discuter l'emploi des fonds, à essayer, par des critiques intempestives, d'amoindrir l'importance d'une si belle action. Encore une fois, Mme Heine a bien mérité de la charité et de la population parisienne à laquelle elle a rendu de si grands services.

Est-ce à dire que son dispensaire doive servir de modèle aux particuliers et aux sociétés bienfaisantes qui voudront fonder pour les enfants malades des établissements du même genre ? Nous croyons que la charité privée ferait fausse route si elle visait l'idéal atteint par Mme Heine. La charité doit être économe, avare même, parce qu'elle est limitée alors que la misère est sans bornes. Elle doit chercher à faire beaucoup plutôt qu'à faire grand. Il ne faut pas prétendre à remplacer ou à imiter l'hôpital ; il faut suppléer à son insuffisance et chercher par-dessus tout à faire la *prophylaxie de l'hospitalisation*. Quels services ne rendraient pas à l'Assistance publique une série de petits dispensaires modestement installés, suffisamment outillés, si ces petits dispensaires étaient répartis dans les quartiers les plus pauvres et les plus populeux de Paris ? Le dispensaire de la rue d'Alésia conviendrait parfaitement à une ville de province pas trop grande pour que tous les enfants malades nécessiteux puissent aisément fréquenter ses consultations. Paris est trop vaste pour qu'on doive songer à créer, en dehors des hôpitaux, plusieurs établissements de cette proportion. Pour qu'une consultation et un traitement externes donnent tous leurs fruits, il faut que les malades ne soient pas obligés d'aller les chercher trop loin. L'étendue d'un arrondissement parisien est telle qu'un dispensaire par arrondissement peut être considéré comme nécessaire et suffisant. Un grand dispensaire pourra bien exercer une réelle attraction sur plusieurs arrondissements ou même sur tout Paris, mais s'il attire pour un jour des clients éloignés, il ne les conservera pas et n'agira sûrement et constamment que dans un rayon étroit. Il faut donc établir des *circonscriptions hospitalières* pour ces dispensaires aussi bien d'ailleurs que pour les hôpitaux.

Et alors on peut se demander si l'argent jeté dans des constructions monumentales ne serait pas perdu en partie et si quatre petits dispensaires ne vaudraient pas mieux qu'un grand. Les initiateurs dans cette voie, le Dr Gibert d'abord, la Société philanthropique ensuite, ont ainsi mesuré la portée et fixé le but des dispensaires pour enfants. Au Havre, M. Gibert, dans un local plus que médiocre, avec des ressources modestes, a pu donner des soins à des milliers d'enfants. A Paris, la Société philanthropique, dans des conditions analogues, n'a pas obtenu un moindre succès. M. Dubrisay, paraît-il, avec une installation encore plus modeste (1er arrondissement) rend également des services aux enfants nécessiteux qui l'entourent (1).

Cette comparaison entre le grand dispensaire de Mme Heine et les petits dispensaires qui l'ont précédé, n'est pas faite pour diminuer le premier au profit des autres. Petits ou grands, pauvres ou luxueux, les dispensaires pour enfants ont été inspirés par le même sentiment généreux et à ce titre leurs auteurs méritent tout notre respect.

Nous avons simplement voulu marquer deux tendances, étudier deux genres qui ont maintenant à Paris leurs types bien accusés. On peut être sûr que ces types ne resteront pas isolés et que l'histoire des dispensaires ne fait que commencer. Nous aurons donc bientôt, nous l'espérons, l'occasion d'y revenir.

(1) Communication de M. Foville sur les dispensaires pour enfants (*Acad. de méd.*, 21 avril 1885.)

Ouverture de cours : M. Grancher.

Samedi dernier, 2 mai, le nouveau professeur de clinique infantile, M. Grancher, faisait sa leçon d'ouverture dans l'amphithéâtre de l'hôpital des Enfants malades (rue de Sèvres). Un très grand nombre d'auditeurs, médecins des hôpitaux, agrégés, internes, élèves ou amis du professeur, assistaient à cette *première* médicale.

Après avoir, dans un langage plein de tact dont il a le secret, fait l'éloge de Parrot, son prédécesseur, et des maîtres officiels ou officieux qui ont enseigné la clinique à l'hôpital des enfants, M. Grancher s'est appliqué à mettre en relief l'importance capitale des découvertes contemporaines. Si nous comprenons aujourd'hui la valeur des mots *virus*, *contagion*, *métastase*, c'est à Pasteur, c'est à sa méthode, c'est à son enseignement que nous le devons. Ce chimiste de génie, en découvrant la nature vivante des ferments et des virus, a éclairé le champ le plus obscur de la pathologie d'un véritable trait de lumière. L'application de ses doctrines doit être particulièrement féconde pour la clinique infantile ; M. Grancher passe alors en revue les maladies contagieuses de l'enfance, la rougeole, la diphthérie, etc. ; il discute les modes de transmission, l'atmosphère, le contact direct. Ce dernier surtout est dangereux. Il y a vingt ans, le nombre des *diathèses* admises par les médecins français était considérable ; les diathèses tuberculeuse, syphilitique, cancéreuse, entraient couramment dans le langage médical. Aujourd'hui, grâce aux recherches de Pasteur ou de ses adeptes, nous savons que ces prétendues diathèses sont des *maladies à microbes*.

De sorte que, même dans le champ naguère si vaste des diathèses, les doctrines microbiennes ont opéré une véritable révolution. La diathèse arthritique, rajeunie par les beaux travaux du professeur Bouchard, reste seule entière et inébranlable. La scrofule, au contraire, entamée de tous les côtés, ne trouve plus sa raison d'être que dans l'ancienneté de son histoire et la grandeur de ses traditions. Que lui reste-t-il en effet ? Un tempérament morbide mal dessiné, un trouble nutritif impénétrable, et sur ce fond mouvant et incertain, quelques manifestations légères et disparates. La pathologie expérimentale, en découvrant le bacille dans les produits scrofuleux, en inoculant avec succès la plupart de ces produits, a dépouillé la scrofule au profit de la tuberculose. Tout au plus, et pour les besoins de la clinique, est-on encore autorisé à appeler *scrofule* toutes ces tuberculoses embryonnaires, atténuées, dont la clinique

infantile nous offre de si nombreux exemples. Donc, on peut le dire, les maladies infectieuses ont trouvé leur formule anatomique, le *microbe* ; les diathèses, au contraire (arthritisme et scrofule) attendent leur formule chimique.

La leçon de M. Grancher, conçue avec cette largeur de vues dont nous avons essayé de donner une idée, présentée avec cette distinction et cette pureté de style qui caractérisent le talent du professeur, a obtenu un grand et légitime succès. La succession de Parrot, dont M. Grancher a fait en commençant un si bel éloge, ne pouvait tomber en de meilleures mains.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 27 avril 1885. — Présidence de M. Bouley.

M. Vulpian communique les résultats de ses recherches expérimentales concernant : 1° les *attaques épileptiformes provoquées par l'électrisation des régions excito-motrices du cerveau proprement dit; 2° la durée de l'excitabilité motrice du cerveau proprement dit, après la mort.* — La région du gyrus sigmoïde étant mise à nu, M. Vulpian l'a soumise rapidement à l'action d'un jet de chlorure de méthyle sous pression, procédé employé déjà par MM. Dastre et Marcacci. Ces parties ont été congelées en quelques instants jusqu'à une certaine profondeur. Or, l'électrisation de la substance blanche sous-corticale a produit dans ces conditions les mêmes attaques d'épilepsie que si elle avait porté sur la substance grise normale ; par conséquent, cette électrisation peut agir sans que l'écorce grise des parties excito-motrices du cerveau proprement dit soit mise en jeu. Sur un chien chloralisé, les symptômes d'attaque épileptiforme, dus à la faradisation du gyrus sigmoïde, se sont réduits à des modifications des mouvements du cœur, de ceux de la respiration, à des phénomènes oculo-pupillaires et à de la chorée rythmique de certains muscles de la face. Les attaques épileptiques, provoquées par faradisation des régions excito-motrices du cerveau, déterminent une augmentation de la température rectale, lorsqu'elles donnent lieu à des convulsions des muscles de la vie animale (chiens non curarisés et non anesthésiés, ou chiens morphinisés) ; elles ont au contraire pour conséquence un abaissement de cette température, lorsqu'elles évoluent exclusivement dans le domaine de la vie organique (chiens curarisés ou chloralisés). La substance du cerveau perd son excitabilité motrice aussitôt que la circulation a complètement cessé dans les centres nerveux.

MM. Regnault et Villejan continuent leurs recherches sur les propriétés anesthésiques des dérivés chlorés du formène. Le *perchlorure de carbone* qu'ils étudient aujourd'hui, tout en produisant l'analgésie, est un toxique des plus redoutables.

M. Bochefontaine fait une nouvelle communication sur les *cultures des microbes du choléra.* — L'injection stomacale de ces cultures n'a déterminé chez lui aucun symptôme morbide. L'injection hypodermique peut provoquer, si la dose est élevée, des phénomènes inflammatoires plus ou moins graves M. Bochefontaine pense que la toxicité du liquide diarrhéique du choléra est due à une substance spéciale et non au développement des germes microbiques qu'il renferme. Le sang de l'homme détruit les microbes provenant des cultures. Paul Loye.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 5 mai 1885. — Présidence de M. Bergeron.

Election d'un membre titulaire dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale. — Sont présentés : en première ligne et *ex æquo*, MM. Milne-Edwards et Desnos ; en deuxième ligne, M. Dumontpallier; en troisième ligne, MM. Ferrand, Blachez et Hallopeau. Votants : 75 , majorité : 38. Au premier tour de scrutin. M. Alph. Milne-Edwards obtient 58 voix ; M. Desnos, 12 ; M. Dumontpallier, 4 ; bulletin blanc, 1. En conséquence, M. Alph. Milne-Edwards, ayant reuni la majorité des suffrages, est proclamé membre titulaire de l'Académie. Son élection sera soumise à l'approbation de M. le Président de la République.

M. Polaillon présente un *rein* qu'il a enlevé chez une jeune fille âgée de 27 ans et atteinte d'une *pyélo-néphrite calculeuse.* Cette jeune fille, placée dans le service de M. A. Chauffard, avait auparavant subi une ponction exploratrice. L'opération, pratiquée par M. Polaillon, consiste en une incision verticale, en dehors de la masse sacro-lombaire et étendue de la douzième côte à la crête iliaque. Le rein put être ainsi enlevé et l'ouverture du bassinet donna lieu à un écoulement abondant de pus et de sang, ainsi qu'à la sortie d'un volumineux calcul. Le hile fut lié rapidement. Aujourd'hui, six jours après l'opération, la malade va bien.

M. Tillaux présente une *tumeur fibreuse utérine*, pesant 7 kil. 70 et qu'on fut tenté, au moment de l'opération, de prendre pour un kyste de l'ovaire.

M. Marjolin lit un *rapport* relatif aux ouvrages envoyés pour le concours du Prix de l'Hygiène de l'Enfance pour 1884.

M. de Villiers lit un *rapport* concernant les mémoires adressés à la Commission de l'Hygiène de l'Enfance.

A. J.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 6 mai 1885. — Présidence de M. Duplay.

M. Polaillon cite une observation de mort par généralisation cancéreuse, un an après l'ovariotomie.

M. Horteloup relate une observation analogue d'un kyste de l'ovaire avec un cancer.

M. Terrier rapporte l'observation inverse d'une malade chez laquelle un kyste de l'ovaire se développa dix ans après l'ablation d'un cancer du sein.

M. Berger fait un rapport sur une observation de chondrome du maxillaire supérieur, adressée à la Société par M. Kirmisson ; cette observation offre cette particularité remarquable que, après la première opération, l'examen histologique prouva qu'il s'agissait d'un chondro-sarcome; tandis qu'après l'ablation d'une tumeur récidivée, le même examen montra que la tumeur était en voie de se transformer en chondrome pur, c'est-à-dire en tumeur bénigne. A cette occasion, M. Berger a recueilli et analysé les observations des tumeurs dites « chondrome du maxillaire supérieur. » Dans un excellent rapport, il donne les variétés ordinaires de ces tumeurs, ostéoïdes, chondro-sarcomes et chondromes purs, et les caractères cliniques de chacune d'elles.

M. Bousquet présente un jeune homme de 20 ans atteint de varices congenitales du membre supérieur.

M. Monod présente un petit malade atteint de chéloïdes cicatricielles du cou et demande quelle conduite il convient de tenir.

A 4 h 1/2 la Société se forme en comité secret pour l'examen des titres des candidats au titre de membre titulaire.

P. Poirier.

SOCIÉTÉ MÉDICALE IMPÉRIO-ROYALE DE VIENNE

Séance du 20 février 1885 (suite). — Présidence de M. Billroth (1).

M. Billroth communique ensuite un cas de *carcinome du pylore* auquel il a appliqué la méthode proposée par son ex-assistant, le Dr Wölfler, la gastro-entérostomie. Il y a des

(1) Voir *Progrès médical*, n° 16.

cas de carcinome du pylore avec sténose consécutive où les malades vomissent même les liquides et périssent d'inanition Dans maints cas le carcinome est si large qu'on ne peut pas songer à sa résection et à la réunion de l'estomac au duodénum à cause de la grande tension de ces parties et du relâchement des sutures qui en résulte. Afin de prolonger du moins la vie de ces malades, Wölfler a proposé une méthode qui consiste à réunir l'estomac au-dessus du carcinome avec les anses de l'intestin grêle, de manière que les aliments arrivent directement de l'estomac dans l'intestin grêle, laissant de côté le pylore et le duodénum entier. Si après avoir ouvert la cavité abdominale, on acquiert la conviction qu'il n'est pas possible d'extirper le carcinome, on pratique la gastro-entérostomie de Wölfler. Les aliments passent de l'estomac dans l'intestin, mais la bile et le suc pancréatique affluent néanmoins par le duodénum. M. Billroth a plusieurs fois exécuté cette opération ; tantôt les malades ont vécu deux à trois mois et les douleurs ont disparu, tantôt il a eu des insuccès. La méthode de Wölfler a pour inconvénients le mélange des produits fétides carcinomateux avec les aliments, et quelquefois des hémorrhagies qui affaiblissent les malades. M. Billroth a essayé de la perfectionner. Il pratiqua dans le cas mentionné d'abord la gastro-entérostomie de Wölfler, mais ensuite il disséqua le carcinome, l'enleva et réunit les parties de l'estomac et du duodénum qu'il avait sectionnées de manière que la partie saine du duodénum restât comme un prolongement du canal cholédoque. L'opération date de cinq semaines ; le malade va bien.

M. DITTEL montre quelques variétés urologiques. D'abord deux *calculs de cystine*; un de ces calculs qui a été extrait à un garçon de six ans, par la taille périnéale, mesure trois centimètres de long sur deux de large ; l'autre, qui provient d'un garçon de onze ans, mesure six centimètres de long sur quatre de large. Puis M. V. Dittel montre une *hypertrophie bilatérale et symétrique de la prostate* qui vient d'un homme âgé de 63 ans mort à sa clinique. Le diamètre longitudinal de l'organe est de huit centimètres, le diamètre transversal de dix. On peut remarquer, — comme il arrive souvent en pareil cas, — les veines fortement dilatées du plexus de Santorini. Enfin M. Dittel parle d'un cas de ponction de la vessie avec résection consécutive du lobe moyen, d'une prostate fortement hypertrophiée. Un médecin, âgé de 65 ans, souffrait de troubles de la miction depuis deux ans. Une complète rétention d'urine était survenue depuis un an; le malade se cathétérisait lui-même, il avait de la parésie vésicale. Le 24 novembre 1884, il fut admis à la clinique de M. Dittel; celui-ci constata par le toucher rectal une hypertrophie considérable de la prostate, dont il ne put atteindre le bord postérieur. En outre, il diagnostiqua la présence probable d'un lobe moyen et d'un fibrome dans le lobe latéral droit. Comme le malade souffrait d'une cystite, la vessie fut lavée avec une solution de sous-borate de soude à 3 pour cent; l'urine devint plus claire, la fétidité disparut et le sédiment d'une couleur jaune sale diminua. Mais comme il fallait cathétériser le malade à de courts intervalles, et que cela lui causait de grandes douleurs, M. Dittel lui proposa la haute section à laquelle il consentit.

Cette opération fut pratiquée le 30 novembre suivant le mode ordinaire avec l'instrument de Ducamp. On introduisit une canule d'argent qui fut au quatrième jour, remplacée par un cathéter de Nélaton, le malade ne pouvant pas supporter la canule métallique. M. Dittel dit qu'il a pratiqué cette opération 80 fois et qu'il a procuré ainsi quelque soulagement aux malades. Mais dans trois cas, plus le cas qu'il communique, il y eut des symptômes qui faisaient supposer une forme anormale de la prostate. Quand le cathéter fut introduit dans la vessie, l'urine s'écoula, puis l'écoulement s'arrêta subitement, le malade éprouva de nouveau le besoin d'uriner ; on retire le cathéter et une petite quantité d'urine s'écoula de nouveau, en un mot la voie fut toujours interrompue et rétablie. Il y avait ces interruptions dont M. Dittel a déjà parlé autrefois à la Société, caractéristiques de la présence d'un lobule moyen, de la prostate, sillonné et proéminent vers la cavité de la vessie. M. Dittel montre des moulages qui représentent des préparations de prostates de ce genre, et discute la pratique à suivre dans ces cas. On pourrait songer à une extirpation de la prostate; la littérature ne contient guère de communications qui puissent nous éclairer sur ce point. Dans le cas que M. Billroth avait communiqué dans son rapport de l'hôpital de Zürich, il était question d'un carcinome de la prostate qu'il avait enlevé aussi complètement que possible avec la cuiller tranchante, (durch den scharfen Löffel), après avoir fait la section périnéale ; il y avait de la récidive après quelques mois. Ce cas n'était donc pas un cas d'extirpation de la prostate. Dans le cas que M. Demarquay avait communiqué en 1873, la prostate avait été extirpée avec une partie du rectum et l'on peut en conclure qu'il ne s'agissait pas là d'une extirpation de la prostate, mais de l'ablation d'un néoplasme. On dit que Langenbeck a pratiqué une extirpation partielle de la prostate par le périnée. Spanten a publié en 1882 dans la « *Lancet* » un cas d'extirpation d'une tumeur de la région prostatique, de la grosseur d'une tête d'enfant. Il n'existe qu'un cas d'extirpation de la prostate proprement dite, c'est celle que Leisrink pratiqua le 24 décembre 1881 chez un homme de 65 ans qui mourut le 6 janvier 1882. M. Dittel expose ensuite le procédé qu'on devrait suivre pour cette opération. Beaucoup de motifs l'en ont toujours éloigné. Dans de tels cas on a toujours affaire à une prostate extraordinairement hypertrophiée dont on ne peut pas même apprécier le bord postérieur, la grande plaie se trouverait dans le tissu périvésical et, comme le diamètre longitudinal d'une telle prostate est de 15 centimètres et plus, la réunion serait bien difficile à faire ; puis le plexus veineux périprostatique est énormément dilaté, comme on peut s'en convaincre par la préparation qu'il montre. En outre, il faut prendre en considération que les organes urinaires situés plus haut sont très altérés par la longue rétention de l'urine; il se développe une dilatation considérable et une atrophie des bassinets, des veines et ces malades sont toujours avancés en âge et cachectiques. M. Dittel s'était donc résolu à décapiter le lobule médian de la prostate et avait exécuté cette opération le 13 février. Il dilata la plaie qu'il avait faite par la taille hypogastrique et passa son doigt dans la vessie. Il put alors s'assurer de la présence d'un lobule moyen sillonné, saillant dans la cavité de la vessie et qu'il enleva avec l'écraseur. Le lobule enlevé est montré à la Société, il mesure quatre centimètres transversalement et trois centimètres longitudinalement, sa circonférence est de dix centimètres. Il présente un sillon bien marqué qui doit être considéré comme une continuation de l'urèthre, c'est dans ce canal que pénétrait le cathéter de Nélaton, en produisant ce chatouillement désagréable de l'urèthre ; quand le cathéter arrivait derrière le lobule médian, dans le fond de la vessie, il était plié sur ce lobule après que l'urine s'était écoulée du bas-fond de la vessie, la voie se trouvait interrompue.

M. Dittel décrit à cette occasion son traitement consécutif de la taille hypogastrique. D'après son expérience et les faits que M. Willy Meyer a rassemblés, il a acquis la conviction qu'il était plus avantageux de ne faire ni suture abdominale ni suture de la vessie, mais de laisser la plaie ouverte, en la couvrant soigneusement de gaze iodoformée, et de drainer la vessie; il se sert pour cela d'un appareil qu'il a construit en gomme dure, qui ne peut pas être ployé comme le tube à drainage élastique, de manière que l'écoulement des urines n'est pas gêné. Malheureusement cet appareil ne fonctionnait pas bien, dans ce cas, parce qu'une partie du sillon existait encore vers la partie prostatique de l'urèthre, de manière que le cathéter s'y égarait La plaie ne put être tenue propre, et le malade mourut dans la nuit du 19 au 20 février.

Autopsie: Uréthrite, pyélite, néphrite chronique, atrophie de la substance rénale, quelques abcès dans le rein gauche; en outre on constata une inflammation du tissu cellulaire, entre les muscles abdominaux du côté droit, inflammation septique, qui résultait sans doute d'une infiltration d'urine due au fonctionnement défectueux du tube à drainage.

M. le Dr ULTZMANN (Docent) plaide en faveur de la suture de la vessie : il a appliqué cette suture dans trois cas, et tous ces malades ont guéri.

M. V. Dittel répond qu'il en a maintenant l'expérience et ne se servira plus de la suture de la vessie. On ne peut empêcher l'urine de venir au contact de la partie suturée, et de produire des incrustations et le développement de catarrhes et de calculs vésicaux, sans compter les dangers de la rétention du pus

et de là l'infiltration d'urine, dangers qu'on évite *en laissant la plaie ouverte.*

M. le Dr Hofmokl (Docent et Primarius) a appliqué la suture de la vessie dans des cas de taille hypogastrique: il ne réussit que quand l'urine était claire; quand il y avait de la cystite, cela donnait origine à des accidents d'infiltration d'urine si graves qu'il était forcé d'enlever les sutures.

M. Billroth dit qu'il est tout à fait de l'avis de M. V. Dittel. Quand on a, comme il lui est arrivé à lui-même, perdu un malade par la suture de la vessie, on ne la refait plus. Quant à l'extirpation de la prostate, il s'est longtemps occupé de cette question, mais n'est pas arrivé à un résultat satisfaisant. Il n'y a pas de doute que cette opération ne soit possible, mais l'hémorrhagie menaçante qu'on pourra à peine arrêter l'a toujours abstenu de l'exécuter.

A Zürich il avait à opérer un carcinome de la prostate, il fit l'incision sur la ligne médiane du périnée. On enleva le néoplasme; tout guérit parfaitement, mais la malade mourut cinq mois plus tard de récidive. Langenbeck s'était longtemps occupé de l'idée des l'extirpation de la prostate, mais ne l'a jamais exécutée. Il n'a pas manqué de tentatives d'extirper le lobe moyen de la prostate; un grand nombre d'instruments ont été inventés pour ce but. Mais il est difficile de diagnostiquer la présence d'un lobe moyen, beaucoup plus difficile encore de le saisir avec l'anse galvanique, de le sectionner, ou de le scarifier. Il n'en est pas de même de l'opération de M. V. Dittel dont la réussite était seulement empêchée par un obstacle mécanique.

Leibowitz.

MALADIES DES VOIES URINAIRES

I. **L'intervention chirurgicale dans les tumeurs de la vessie**; Leçon de M. Guyon. Thèse d'Alfred Pousson.

II. **Leçons sur les maladies des voies urinaires**, 2e fascicule. **stagnation d'urine**, par le Dr Reliquet. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

III. **Troubles de la miction, taille, lithotritie. uréthrotomie interne.** Leçons de Sir H. Thompson, traduites par le Dr Robert Jamin. — Paris J.-B. Baillière et fils.

Dans un précédent article (1), nous avons exposé les doctrines et la méthode de Thompson, relativement aux néoplasmes de la vessie et à l'intervention chirurgicale dans ces maladies. Depuis lors, les *Leçons* de Thompson ont été traduites par le Dr Robert Jamin, qui a publié dans le même fascicule quatre nouvelles leçons relatives aux troubles de la miction, à la taille, à la lithotritie et à l'uréthrotomie interne.

I. Nous nous proposons tout d'abord de mettre en parallèle avec les doctrines de sir Henry Thompson celles de l'école française de Necker et du professeur Guyon, son chef éminent. Les opinions du professeur Guyon ont été exposées dans un certain nombre de leçons publiées dans les *Annales des voies urinaires* (année 1884) et dans la thèse d'un de ses internes, le Dr Alfred Pousson. Tandis que, comme nous l'avons vu, sir Henry Thompson a fait de la boutonnière périneale, suivie de l'introduction du doigt dans la vessie, une méthode presque courante de diagnostic; tandis qu'il recommande, en cas de tumeur opérable, de faire pénétrer par la même voie les instruments qui doivent arracher ou sectionner la tumeur vésicale, M. Guyon, au contraire, pense que l'on peut presque toujours arriver au diagnostic en se basant sur les symptômes présentés par le malade et en pratiquant purement et simplement une exploration par les voies naturelles. Lorsque le diagnostic est bien établi, quelle voie opératoire va choisir le chirurgien de Necker? Persuadé que la meilleure condition pour détruire convenablement un néoplasme vésical, c'est de le voir, c'est d'avoir sous les yeux un large champ opératoire, M. Guyon choisit la voie hypogastrique. Nous résumerons dans un instant sa méthode: mais auparavant, récapitulons les symptômes qui peuvent conduire au diagnostic des néoplasmes vésicaux; on peut les diviser en symptômes rationnels et signes physiques.

Parmi les symptômes rationnels, l'hématurie est de beaucoup le plus important: « Très exceptionnellement, dit M. Pousson, l'hématurie manque dans le cours du développement d'une tumeur vésicale; elle en est souvent le premier et quelquefois même l'unique symptôme. » Cette hematurie se distingue de celle de la pierre par son abondance et surtout par sa spontanéité. Elle débute brusquement, sans cause appréciable et n'entraîne de douleurs que lorsqu'il s'est formé des caillots dans la vessie. Elle disparaît brusquement, comme elle est venue, sans que le repos contribue beaucoup à cette disparition. Dans le cours d'une miction, le sang peut être en très faible quantité au début de l'acte et devenir beaucoup plus abondant à la fin. Il peut arriver qu'en même temps que le sang, le malade expulse des fragments de tumeur qui, non seulement ne laissent aucun doute sur la présence d'un néoplasme dans la vessie, mais peuvent même, dans les cas favorables, permettre de diagnostiquer le genre de tumeur auquel on a affaire. La douleur, très variable, ne présente qu'une importance secondaire au point de vue du diagnostic. Les signes physiques varient chez l'homme et chez la femme: chez cette dernière, outre que la tumeur peut arriver à faire saillie au méat urinaire, on a la ressource de l'exploration digitale après dilatation préalable de l'urèthre.

Chez l'homme, on peut obtenir des renseignements sur la présence d'une tumeur: 1° par la palpation hypogastrique et le toucher rectal isolés ou combinés; 2° par le cathétérisme vésical; 3° par une opération préliminaire. Dans ce dernier cas, M. Guyon préfère l'incision hypogastrique à la boutonnière périnéale préconisée par Tompson; mais il croit que cette opération préliminaire n'est justifiée que si le diagnostic est déjà à peu près certain ou bien si des symptômes très menaçants pour la vie du malade ou des douleurs insupportables viennent pour ainsi dire forcer la main du chirurgien.

L'incision hypogastrique entreprise dans le but d'attaquer un néoplasme vésical se pratique comme la taille hypogastrique: on pousse la vessie en avant à l'aide du ballon de Petersen; on injecte une quantité d'eau moderée dans le réservoir urinaire; on incise sur la ligne médiane; on ouvre la vessie sur une longueur de 4 à 5 centimètres, puis on passe dans chacune des lèvres de l'incision vésicale un fil de soie assez volumineux pour ne pas couper les tissus: ces deux fils latéraux servent à empêcher la vessie de descendre se cacher dans l'excavation du bassin, puis on enlève la tumeur soit par le grattage avec l'ongle ou la curette, soit à l'aide d'un serre-nœud ou d'un écraseur, soit à l'aide du thermocautère. On panse comme après la taille hypogastrique. Telle est brièvement résumée la méthode employee par M. Guyon pour extirper les tumeurs vésicales. Ajoutons que l'opération peut être modifiée soit par l'emploi d'incisions transversales, soit à la rigueur par la combinaison de l'incision périnéale avec l'incision hypogastrique; mais il est clair qu'on ne saurait donner à cet égard de préceptes généraux.

Le chiffre des operations pratiquées par la voie hypogastrique n'est pas encore suffisant pour permettre de juger cette opération. Il convient donc d'attendre avant de se prononcer définitivement sur la valeur de ce mode opératoire.

II. Le second fascicule des leçons de M. Reliquet sur les maladies des voies urinaires est consacré à l'étude des stagnations d'urine. Il comprend sept leçons, dans lesquelles l'auteur passe successivement en revue les stagnations dues aux obstacles apportés à la miction par le phimosis, l'atrésie du méat, les vices de conformation, les inflammations spécifiques des diverses parties du canal, les spasmes uréthraux de cause locale ou médullaire (ataxie, fracture de la colonne vertébrale, aux rétrécissements de l'urèthre et à l'hypertrophie prostatique. L'auteur aborde ensuite l'examen des conséquences de la stagnation d'urine, l'influence de ce phénomène sur l'état de l'uretère et du rein, les troubles généraux qui en résultent,

(1) Voir *Progrès médical*, n° 6, 7 février 1885, p. 116.

et enfin le traitement que l'on doit appliquer à la stagnation d'urine prostatique. M. Reliquet insiste principalement sur cette dernière, parce que c'est la plus grave et la plus difficile à traiter, vu l'impossibilité où nous sommes encore de supprimer l'obstacle qui s'oppose à la miction. Il divise la stagnation d'urine prostatique en stagnation *latente* et en stagnation *active*, c'est-à-dire s'accompagnant de rétention. Dans le premier cas, il insiste sur la nécessité de précautions hygiéniques telles que le régime, une abstinence assez sévère, la précaution de maintenir le rectum vide, et enfin, attribuant à l'élévation du col vésical audessus du bas-fond la stagnation. il fait, à l'aide d'une sonde coudée de Mercier ou d'un brise-pierre, la dépression du col vésical; il recommande au malade d'uriner toujours debout ou accroupi, jamais couché. et de ne point faire d'efforts. Ce dernier conseil, dont nous ne méconnaissons pas la valeur, doit malheureusement être moins facile à suivre qu'à donner.

Dans le cas de stagnation active ou rétention, M. Reliquet n'hésite pas à placer une sonde à demeure et la laisse au besoin assez longtemps pour que toute douleur soit passée, toute envie fréquente d'uriner disparue; quand il enlève la sonde à demeure, il apprend au malade à se sonder. En terminant, M. Reliquet signale, sans y insister beaucoup, les tentatives faites à l'étranger pour calmer les douleurs atroces de certains prostatiques en plaçant une grosse sonde à demeure dans la vessie par la voie périnéale. Il les considère comme des moyens que l'on ne doit employer que lorsque tous les autres ont échoué.

La qualité maîtresse des leçons de M. Reliquet est leur caractère pratique, le soin, je dirai même la minutie avec laquelle l'auteur expose toutes les petites précautions utiles à prendre dans un cas déterminé. Cette qualité n'est point à dédaigner en matière de chirurgie urinaire, car dans cette branche de l'art plus que dans toute autre, on a affaire à des organes particulièrement susceptibles, et qui, comme l'a dit M. Reliquet lui-même à propos de la lithotritie, veulent être soignés, autant que possible, sans traumatisme.

III. Nous signalions en commençant cette revue la traduction des leçons de M. Henry Thompson par le Dr Robert Jamin. Les quatre premières ont été analysées dans ce journal d'après l'édition anglaise; elles ont trait à l'intervention chirurgicale dans les tumeurs de la vessie. Les six autres sont consacrées à l'étude des troubles fonctionnels de la vessie (deux leçons); à celle de la lithotritie et de la taille (trois leçons); enfin, une dernière est destinée à exposer l'historique de l'uréthrotomie interne et la pratique de l'auteur.

Les leçons consacrées à l'intervention chirurgicale dans le cas de pierre dans la vessie ont surtout pour but de montrer le chemin parcouru depuis le commencement du siècle; sir Henry Thompson rapporte les premiers essais de Civiale, d'Heurteloup et des chirurgiens anglais pendant la première moitié de ce siècle. Il est assez curieux que le baron Heurteloup ait, dès la naissance de la lithotritie, posé l'indication que de nos jours seulement Bigelow devait arriver à remplir : celle de vider totalement la vessie après le broiement et de n'y laisser séjourner aucun fragment de pierre. Peut-être le problème aurait-il été résolu du premier coup par Heurteloup lui-même, s'il avait eu à sa disposition le chloroforme ou tout autre bon agent anesthésique. Après avoir exposé la pratique de Civiale et celle des principaux chirurgiens qui l'ont suivi, Thompson apprécie l'opération de Bigelow et décrit, avec figures à l'appui, les brise-pierre et les évacuateurs qu'il a adoptés.

On trouvera dans ces leçons de curieux renseignements sur la pratique du célèbre chirurgien anglais. Chose surprenante, depuis l'invention de la litholapaxie, il n'a pas eu une seule fois l'occasion de pratiquer la taille sus-pubienne et deux fois seulement il avait eu occasion de la pratiquer auparavant. Nous conseillons vivement la lecture de ces leçons, dont les détails ne sauraient se prêter à une courte analyse. Leur lecture est facilitée et rendue agréable par l'excellente traduction du Dr Jamin, et les notes nombreuses et substantielles qu'il a ajoutées au texte.

Dr A. MALHERBE.

BIBLIOGRAPHIE

Un cas d'épilepsie causée par le tænia solium; par M. LEONTIEFF. (Le *Médecin*, n° 1, 1885, Saint-Pétersbourg.)

Il s'agit de la fille d'un prêtre, Mlle F. P..., âgée de 21 ans, qui, il y a deux ans, consulta M. Leontieff. Dès l'âge de 12 ans, la malade a eu des accès qui, d'une façon générale, se sont caractérisés ainsi qu'il suit : Atteinte tout à coup de vertige, elle perd connaissance, tombe comme étourdie, une bave spumeuse baigne ses lèvres, les membres sont agités de convulsions, les yeux roulent sans connaissance. L'accès dure une demi-heure. Il se répète trois ou quatre fois par an. — L'exploration de la malade a découvert : un excès de sensibilité nerveuse et l'irritabilité, un violent tremblement des mains, une teinte bleuâtre de la peau et des muqueuses visibles, la régularité des fonctions respiratoires, digestives et génito-urinaires, parfois des nausées; des sensations douloureuses vagues du côté du cœur surtout quand elle est couchée le soir dans son lit, et enfin, dès l'âge de 10 ans, la malade a rendu des anneaux de tænia solium, tantôt avec les selles, tantôt sans selles. — L'auteur a institué un traitement anthelmintique. Depuis deux ans, débarrassée complètement de son parasite, Mlle F. P... jouit d'une santé presque parfaite : pas d'accès épileptiques, le tremblement des mains est moins violent, l'irritabilité est moindre, disparition complète de la coloration de la peau et des muqueuses, plus de troubles du côté du cœur.

J. ROUBINOVITSCH.

Sur la circoncision chez les israélites; par M. PORTOUGALOFF. (*Revue médicale*, n° 23. 1884, Moscou).

Après avoir décrit le procédé de la circoncision, l'auteur conclut que cette cérémonie est très nuisible à la santé de l'enfant par suite des hémorrhagies qu'elle provoque. Mais, peut-être, la circoncision est-elle une des mesures de précaution contre la syphilis, comme beaucoup de gens le pensent? Suivant M. Portougaloff, — non. Si, dit-il, parmi les syphilitiques nous rencontrons rarement des israélites, cela arrive parce que : 1° leur nombre est en général très petit; 2° ils sont presque tous d'une conduite réservée, et 3° ils se marient habituellement de bonne heure. Donc, il croit que cette cérémonie, avilissante pour la race qui la pratique, doit être abandonnée.

J. ROUBINOVITSCH.

Clinique médicale, par le Dr Noël GUÉNEAU DE MUSSY, (tome IV, Paris 1885. — A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs).

Parmi les questions intéressantes abordées dans ce volume, nous devons signaler en première ligne l'*adénopathie trachéobronchique*, dont l'auteur nous donne aujourd'hui une véritable monographie. C'est d'ailleurs, comme on le sait, un sujet de prédilection pour M. Guéneau de Mussy qui, le premier, l'a marqué de son empreinte originale. Ajoutons à ce grand chapitre de pathologie les leçons sur la coqueluche, sur le goitre exophthalmique, sur les pleurésies interlobaires, diaphragmatiques, sur la dilatation cylindrique de l'aorte, sur les abcès du foie, sur les endermoses, sur les maladies matrimoniales, etc., et nous aurons donné au lecteur une idée sommaire des matériaux cliniques accumulés dans cet ouvrage.

Diagnostic et traitement du cancer de l'estomac; par A. DESCHAMPS. — Thèse de Paris, 1884. O. Doin, éditeur.

L'auteur, élève de M. Beaumetz, s'est appliqué à vérifier la loi de Rommelaere. Le médecin belge, on le sait, soutient que, dans le cancer, l'urée diminue dans les urines; il suffirait, en cas de doute, de doser l'urée des 24 heures pour fixer le diagnostic. Par exemple, si le malade rend plus de 12 grammes d'urée par jour, l'affection stomacale n'est pas un cancer; si le chiffre de l'urée s'abaisse audessous de 10 grammes, c'est un cancer. De nombreuses analyses faites par MM. Beaumetz, A. Robin, Deschamps, ont démontré qu'il ne fallait pas compter sur la prétendue loi de Rommelaere.

VARIA

La circulation du sang. — Harvey (1).

Qu'on me permette d'abord une réflexion. Quelle utilité, la circulation étant connue, d'aller chercher dans les auteurs qui ont précédé, des passages plus ou moins bien arrangés, afin d'enlever à Harvey le mérite et l'honneur de la grande découverte? M. Pouchet a dit très justement dans une belle leçon d'ouverture, LES DEUX SANGS D'APRÈS GALIEN (*Revue scientifique*, 1881, n° 21, p. 642) : «la lecture des auteurs anciens est toujours une tâche difficile qu'on s'épargne trop souvent en ayant recours à des extraits, et des redites, causes d'erreurs sans nombre. Il faut en effet, pour espérer bien comprendre un traité didactique ancien, toute une gymnastique de l'esprit; il faut savoir se débarrasser de l'acquit dont s'est enrichie l'humanité depuis le temps où écrivait l'auteur. » Flourens faisant tout le contraire, commence par dire que, « pour Galien, la cloison était percée. » Ce n'est pas tout à fait cela. Le médecin de Pergame admettait, théoriquement, qu'il y avait une communication par les fossettes de la cloison d'une part, pour le passage de la chaleur animale, d'autre part, pour la vapeur du sang, qui allait former l'esprit vital dans le ventricule gauche. Aristote avait dit du reste, qu'il n'existait pas de trous dans ce qu'il appelait le troisième ventricule, *nullum esse hostiolum* (*Commentarius anatomicus, Iodoco Wiltichio authore*, 1544, p. 103). M. Dastre, renseigné par Flourens, n'hésite pas à écrire, p. 644 : « l'erreur de croire la cloison percée dura treize siècles, depuis Galien jusqu'à Realdo Colombo et à Michel Servet. C'est là pourtant une méprise grossière. Le plus simple examen de cette cloison devait montrer qu'elle présentait des fossettes, mais qu'elle n'avait point de trous. » Et. continuant à se tromper, M. Dastre ajoute : « Mundini voit ces orifices qui n'existent pas. » Or, Mundini, 1315, qui, à l'exemple d'Aristote, regarde les cavités (*concavitates*) de la cloison comme un troisième ventricule, dit : *ut sanguis qui vadit ad ventriculum sinistrum a dextro, cum debeat fieri spiritus, continue subtilietur.* Bérenger de Carpi, dans son commentaire de l'anatomie de Mundini, 1521, dit aussi que dans la substance de cette cloison (que Galien appelait *diaphragma*) il y a certainement des porosités, *in ista substancia sunt certe porositates*, p. CCCXLI. Elles existent chez les grands animaux, mais chez l'homme on ne les voit qu'avec une grande difficulté, *sed in homine cum maxima difficultate videntur.* En 1541, Loys Vassé, qui a donné un résumé de Galien, admet aussi la communication théorique d'un ventricule à l'autre, sans dire que la cloison est percée. On lit en effet dans la vieille traduction de J. Canappe : « dedans le cœur, il y a seulement deux sinus ou ventricules séparés par un entredeux dict en latin *septum*, par les pertuis duquel entredeux le sang et l'esprit sont communiqués » Jean Guinter d'Andernach avait dit déjà (*Institutionum anatomicarum*, 1536) : *Intus sunt sinus duo, interstitio carnoso et crasso discreti, per cujus meatus sanguis a dextro ad sinistrum transfertur.* C'est toujours la même chose, une cloison charnue et épaisse qui laisse passer le sang par des porosités invisibles de nombreuses fossettes. Ainsi pour Léonard Fuchs, professeur à l'école de Tubingue, qui résume dans un manuel divisé en deux parties, 1551 (2), les idées de Galien et de Vésale, la cloison est formée de la substance très épaisse du cœur; présentant des fossettes dont pas une ne pénètre d'un ventricule à l'autre, en quoi nous devons admirer le Créateur, qui a fait transsuder le sang du ventricule droit dans le gauche par des porosités invisibles, *adeo sane ut rerum opificis industriam mirari cogamur, qua per meatus visum fugientes ex dextro ventriculo in sinistrum sanguis resudat.* C'est ce que M. Chéreau appelle une explication phénoménale! Vésale (*de humani corporis fabrica* (1543) avait dit : *per ventriculorum cordis septi poros in sinistrum ventriculum desudare sinit. Resudare, desudare* prouvent assez que les pertuis de la cloison sont invisibles ou n'existent pas. Dans l'édition de 1555, le grand maître de l'anatomie au XVIe siècle, avertit le lecteur que pour la description du cœur, il a suivi en grande partie les dogmes de Galien, *in cordis constructionis ratione, ipsiusque partium usu recensendis, magna ex parte Galeni dogmatibus sermonem accommodavi.* Non pas que je croie, ajoute-t-il, que tout y soit conforme à la vérité; mais parce que dans un nouvel usage à donner aux organes, je n'ai pas assez confiance en moi, et que je n'oserais de longtemps m'écarter, même de la largeur d'un ongle, de la doctrine de Galien, le prince des médecins. Car on ne saurait trop montrer aux étudiants que l'interstice des ventricules du cœur, ou la cloison, ou le côté droit lui-même du ventricule gauche, est épais, compact et dense comme le reste du cœur, qui forme le ventricule gauche. Et je n'ignore pas, bien que je discute ici sur ces fossettes, sans oublier la succion de la veine porte dans l'estomac et les intestins, que par la substance de cette cloison, la plus petite parcelle de sang ne peut passer du ventricule droit au ventricule gauche, surtout quand on voit les vaisseaux du cœur s'ouvrir par de si puissantes ouvertures dans l'ampleur des ventricules. Comme si j'allais taire aussi que réellement la veine cave vient du cœur (1). *Non sane, quod undique hæc veritati consona existimem, verum quod in novo passim partium usu officioque referendo, adhuc mihi diffidam, neque ita pridem de medicorum principis Galeni sententia vel latum unguem hic declinare ausus fuerim. Haud enim leviter studiosis expendendum est ventriculorum cordis interstitium, aut septum, ipsumse sinistri ventriculi dextrum latus, quod æque crassum, compactumque ac densum est, atque reliqua cordis pars, sinistrum ventriculum complectens. Adeo ut ignorem (quicquid etiam de foveis hac in sede commenter, et venæ portæ ex ventriculo et intestinis suctionis non sim immemor) qui per scepti illius substantiam ex dextro ventriculo in sinistrum vel minimum quid sanguinis assumi possit : præcipue quum tam potentibus orificiis vasa cordis in suorum amplitudinem dehiscant; ut modo taceam verum venæ cave ex corde progressum.* Au lieu de constater la sage réserve de Vésale, M. Dastre, marchant sur les traces de Flourens, se livre à une appréciation qui ne peut être acceptée, p. 645 : « Ce novateur hardi ne trouve rien de mieux, pour justifier son ignorance, que de dire qu'il avait *jadis dissimulé la vérité*, afin de s'accommoder aux dogmes de Galien. » Est-ce possible ? on croit rêver. Laissons cela, non sans faire remarquer toutefois, sous forme de conclusion, que Flourens a fait ouvrir par Galien des trous, pour faire dire ensuite à Vésale qu'ils n'existaient pas. « Et Vésale, le grand Vésale, le père de l'anatomie moderne, Vésale seul ose dire qu'ils n'existent pas, p. 22, ou encore à la page suivante : « Vésale venait de montrer que la cloison des deux ventricules n'était pas percée. » M. Chéreau et M. Dastre la font fermer par Colombo, le premier disant, p. 785 : « Colombo la ferme complètement, et cette fois sans hésitation, sans crainte des foudres de Galien et de Vésale, » le second, p. 657 : « qu'il déclare absolument étanche. »

La question doit être autrement posée. A l'époque où paraissait la deuxième édition du livre de Vésale, 1555, on enseignait en Italie que la cloison interventriculaire était imperméable. Déjà Colombo avait commencé à professer, (Valverde, son élève, en est témoin), ce que plus tard, en 1559, il devait décrire si clairement dans son ouvrage : que le sang prenait un autre cours, qu'il était porté par la veine artérieuse aux poumons, que là il se transformait en se mêlant à l'air pour la formation de l'esprit vital, et qu'il revenait par l'artère veineuse au ventricule gauche. C'est là que Colombo dit : *quod nemo hactenus aut animadvertit, aut scriptum reliquit, licet maxime sit ab omnibus animadvertendum*, « ce que personne jusqu'à présent n'a vu, ou laissé par écrit, bien que tout le monde puisse facilement le voir. » Qui peut soutenir après cela, que Colombo connaissait le fameux passage de Servet, ou bien que Colombo y attachait la moindre importance? L'auteur de *Christianismi restitutio*, qui aimait à innover et à contredire, s'est empressé d'adopter la théorie nouvelle, surtout parce qu'elle était contraire aux idées reçues. M. Tollin et tous ses

(1) Voir le *Progrès médical*, n° 18.

(2) La deuxième partie est sans date, mais il y a dans la préface : *quos nuper daturos nos promisimus.*

(1) C'était une idée de Vésale, contraire aux doctrines de Galien, et que lui a reprochée très vivement André Du Laurens.

amis ne parviendront pas à faire croire que le malheureux Espagnol ait ici *inventé* quelque chose.

(*A suivre.*) Dr E. TURNER.

Association générale des médecins de France.

L'*Association générale des médecins de France* a tenu sa 26e assemblée générale à Paris, le 12 avril 1885, sous la présidence de M. Roger. Nous allons faire ressortir les principaux résultats obtenus dans le courant du dernier exercice. Le nombre des sociétaires s'est accru de 419, chiffre considérable qui atteste la vitalité de l'œuvre.

Le capital de la caisse des pensions qui était de 828.655 fr. à la fin de l'exercice précédent, s'est augmenté pendant l'exercice 1884-85, de la somme de 62,598 fr. Cette augmentation provient des dons particuliers (Roger, Lannelongue, etc.); et legs pour 13,142 fr.; des sociétés locales qui ont versé la somme de 25,975 fr., de la caisse générale qui a fourni 12,000 fr., et de différentes rentes. Le capital de la caisse des pensions se trouve donc porté aujourd'hui à 891,154 fr. Il y avait l'année dernière 72 pensionnés; 9 sont morts. Dix pensions nouvelles vont être créées, ce qui en portera le chiffre à 73 et plusieurs vont être augmentées. Ces pensions sont ainsi réparties :

	30	pensions à	600	francs.
	20	id. id.	500	id.
	7	id. id.	400	id.
	16	id. id.	300	id.
total :	73		35,000	francs.

Voici, en définitive, la situation financière à ce jour :

La caisse générale possède.	88,999 fr. 18.
La caisse des pensions.	891,254 fr. 22.
Total :	980,253 fr. 40.

Pour compléter l'état exact de la situation de l'Association générale, il convient d'ajouter au total de la caisse centrale et de la caisse des pensions viagères, tel qu'il a été donné par M. Brun, l'avoir des Sociétés locales et le capital représentatif des rentes appartenant aux différentes caisses; on arrive ainsi à un chiffre qui dépasse 2 millions.

Avoir de l'Association générale	980,253 fr. 40.
Avoir des Sociétés locales	854,322 fr. 40.
Capital représentatif, etc.	2,009,200 fr. 80.

En 1876, l'Association possédait un million ; elle n'a mis que neuf ans à doubler sa fortune M. Horteloup, au nom du conseil général, a insisté sur l'importance des résultats exposés par le trésorier M. Brun; au nombre de ces résultats, le plus important et le plus encourageant est l'augmentation notable de la caisse des pensions. M. Foville, secrétaire général, dit qu'il est triste d'avoir encore à se plaindre, comme le font la Société des HautesPyrénées et celle du Gers, de l'exercice illégal de la médecine auquel certains prêtres se livrent au grand jour :

« M. le curé F..., est, parait-il, coutumier du fait et récidiviste incurable. Curé à Puységur, puis dans une commune du canton de Saint-Clar, et ensuite successivement dans deux ou trois autres paroisses, M l'abbé F... s'est posé partout en guérisseur émérite. Les nombreuses plaintes qu'il a soulevées ont, à plusieurs reprises, obligé l'autorité diocésaine à le changer de résidence, mais qu'il fût au nord ou au sud du département, il n'en a pas moins continué son métier de médicastre ».

N'est-il pas déplorable, dit M. Foville, de voir un membre du clergé donner l'exemple d'une pareille ténacité dans le *perseverare diabolicum?* Et nos collègues du Gers ne sont-ils pas dans un cas de bien légitime défense en appelant, sur ce compétiteur sans droit, à défaut des foudres divines, au moins les sévérités du tribunal de Mirande!

A propos du projet d'*institution d'un ordre des médecins*, analogue à l'ordre des avocats dû à l'initiative du Dr Surmay, le rapporteur, tout en faisant quelques réserves, se prononce pour la prise en considération. M. Durand-Fardel, rapporteur des pensions viagères, constate que les Sociétés locales, à de très rares exceptions près, trouvent à subvenir à toutes leurs charges au moyen de leurs seuls revenus, c'est-à-dire non-seulement sans toucher à leur capital, mais encore en accroissant tous les ans ce capital. Il se demande s'il ne vaudrait pas mieux que la plus grande partie de ce *capital immobilisé* vînt se transporter dans le capital toujours utilisé de l'Association générale. Sur 10 demandes de pensions nouvelles, 8 émanent d'officiers de santé et 2 seulement de docteurs; on votera 6 pensions de 600 francs et 4 de 500 francs. Plusieurs pensions seront augmentées, de telle sorte que le total des pensions accordées cette année s'élèvera à 7,300 fr.

Tels sont les principaux faits qui ressortent des différents rapports lus à l'Assemblée de l'Association générale des médecins de France.

A propos du crime de la rue de Sèze.

M. Constantin James a cru devoir écrire au *Figaro* une lettre dans laquelle, au sujet de Mme Cornet, il s'élève et contre l'habitude parfois inutile de porter le cadavre à la Morgue, et contre l'autopsie pratiquée sur le cadavre de l'assassinée.

A la suite de cette lettre M. Guillot, juge d'instruction, chargé de l'affaire, aurait mandé M. Constantin James dans son cabinet et aurait dicté à son greffier ce qu'il suit : « J'ai mandé M. Constantin James, non pas comme témoin, mais pour lui dire qu'il s'est déclaré faussement le médecin de Mme Cornet, et que c'est à l'aide de ce mensonge qu'il s'est introduit dans l'appartement dont, par mes ordres, on lui avait interdit l'entrée. Ce mensonge, il l'a fait dans un intérêt de réclame, ainsi que le prouve sa lettre au *Figaro*, lettre tellement abominable, que c'est une honte pour la Faculté qu'elle porte la signature d'un médecin. »

Il résulte des explications fournies par M. Constantin James dans une seconde lettre au *Figaro*, de laquelle nous avons extrait les paroles attribuées à M. Guillot qu'en effet, celui-ci ne se serait introduit dans l'appartement qu'en se disant « médecin de la famille, » mais nous n'avons pas à nous appesantir sur ce point. La première lettre de M. Constantin James soulève d'abord la question de transport à la Morgue des personnes dont l'identité est reconnue. Nous ne voyons guère l'inconvénient de ce transport, surtout lorsque les améliorations réclamées à ce sujet depuis si longtemps par M. Brouardel auront été réalisées; tout au plus pourrait-il être fait exception dans certains cas tout à fait particuliers où l'autopsie pourrait être pratiquée à domicile *facilement* et sans inconvénient d'aucune sorte.

Un second point bien autrement grave a été soulevé par M. Constantin James, c'est celui de l'autopsie dans tous les cas sans aucune exception des personnes assassinées. Nous avouons ne pas comprendre qu'un médecin ait pu écrire « pourquoi et dans quel but avoir fait », par exemple, « l'autopsie de Mme Cornet ». Croit-il donc que la simple constatation de la mort violente soit suffisante? La justice n'a-t-elle pas intérêt à faire établir par le médecin légiste la nature de la plaie, sa profondeur; sa direction, avec quel instrument elle a dû être pratiquée, etc. ; si celle-ci a suffi à elle seule à entraîner la mort et dans quel laps de temps, etc. ; n'a-t-elle pas encore intérêt à rechercher s'il existe sur le corps d'autres traces de violence, etc.; toutes constatations pouvant permettre de rétablir, avec plus ou moins de fidélité, la scène du crime. Mais, dira-t-on, l'accusé avoue; oui, aujourd'hui, mais demain n'essaiera-t-il pas de revenir sur quelques-unes de ces déclarations? L'autopsie des viscères n'est pas moins utile, et peut, même dans certains cas, atténuer en partie, quelque faiblement que ce soit, la culpabilité de l'assassin ; n'est-il pas du reste souvent aussi dans l'intérêt de l'inculpé de voir l'autopsie faite d'une façon sérieuse, et venant, ce qui arrive parfois, établir qu'il n'a frappé que parce qu'il se trouvait découvert, ou encore que la lésion produite par lui n'eut pas été suffisante pour amener la mort, si les organes n'eussent été atteints de certaines lésions, etc., etc.

Si, au point de vue strictement légal, toutes les constatations faites à l'autopsie ne sont pas toujours capables d'atténuer la culpabilité de l'inculpé, elles peuvent, devant le jury, être utilisées en sa faveur par son avocat. Ainsi donc, au point de vue de la justice, comme au point de vue de l'inculpé, l'autopsie est absolument nécessaire.

Les inspecteurs de l'Assistance publique.

Le Conseil municipal a supprimé l'un des 4 inspecteurs de l'Assistance publique en 1878 et émis le vœu que, en cas de démission ou de décès de l'un des trois inspecteurs conservés, il ne serait pas pourvu à son remplacement. Chaque année, depuis lors, le Conseil a renouvelé ce vœu. M. Bailly a demandé et obtenu sa mise à la retraite, le 1er avril dernier, après avoir rendu de nombreux services à l'Administration. M. Peyron, se conformant aux vœux réitérés du Conseil municipal, n'a pas remplacé M. Bailly, nous l'en félicitons. Le service ne peut en souffrir ; en effet les

hôpitaux peuvent et doivent être visités par le Directeur général, par les deux inspecteurs, par le chef de division des hospices.

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 11. — Dissect. (Epreuve pratique) : MM. Vulpian, Verneuil, Segond. — 1er *de Doctorat* (A. R.), oral : MM. Béclard, Fournier, Reynier. — 2e *de Doctorat* (N. R.), oral. 1re partie : MM. Charcot, Hayem, Ch. Richet. — 2e *de Doctorat* (A R.), oral: MM. Potain, Damaschino, Reclus. — 3e *de Doctorat* (N. R., 1re partie), oral, 1re *Série* : MM Trélat, Lannelongue, Ribemont-Dessaignes ; — 2e *Série* : MM. Guyon, Tarnier, Kirmisson.

MARDI 12. — Médec. oper. (Epreuve pratique) : MM Panas, Duplay, Campenon — 1er *de Doctorat* (A. R), oral : MM. Ball, Cornil, Raymond. — 2e *de Doctorat* (N. R.), oral, 1re partie, 1re *Série* : MM. Robin, Bouchard, Humbert ; — 2e *Série* : MM. Sappey, G. Sée, Richelot. — 2e *de Doctorat* (A. R.), oral : MM. Jaccoud, Landouzy, Peyrot. — 5e *de Doctorat* (N. R.), 1re partie, (Charité) : MM. Pajot, Le Fort, Bouilly. — 5e *de Doctorat* (A. R), (Charité) : MM. Richet, Peter, Charpentier.

MERCREDI 13. — Dissect. (Epreuve pratique) : MM. Béclard, Trélat, Terrillon. — 1er *de Doctorat* (A. R.), oral : MM. Charcot, Fournier, Rémy. — 2e *de Doctorat* (N. R., 1re partie), oral : MM. Verneuil, Damaschino, Ch. Richet. — 3e *de Doctorat* (N R., 1re partie), oral : MM. Guyon, Lannelongue, Pinard. — 3e *de Doctorat* (A. R.), MM. Regnauld, Baillon, Guebhard. — 4e *de Doctorat* (N. R.) : MM. Potain, Hayem, Pouchet.

JEUDI 14. — Pas d'actes.

VENDREDI 15 — Médec. opér. (Epreuve pratique) : MM. Verneuil, Farabeuf, Reynier. — 1er *de Doctorat* (A. R.), oral : MM. Béclard, Vulpian, Rémy. — 2e *de Doctorat* (A. R , 1re partie), oral : MM. Charcot, Hayem, Ch. Richet — 3e *de Doctorat* (A. R.) : MM. Gautier, Gariel, Blanchard. — 5e *de Doctorat* (N. R., 1re partie), (Charité) : MM. Tarnier, Lannelongue, Terrillon — 5e *de Doctorat* (A. R.) (Charité) : MM. Trélat, Damaschino, Ribemont-Dessaignes.

SAMEDI 16. — Dissect. (Epreuve pratique) : MM. Sappey, Duplay, Campenon. — 2e *de Doctorat* (N. R., 1re partie), oral : MM. Robin, Ball, Bouilly. — 2e *de Doctorat* (A. R.), oral : MM. Jaccoud, Bouchard, Peyrot. — 4e *de Doctorat* (A. R.) : MM. Brouardel, Grancher, Hallopeau. — 5e *de Doctorat* (A. R.) (Hôtel-Dieu) : MM. Pajot, Panas, Troisier.

Thèses soutenues à la Faculté de Médecine.

Mardi 12 — M. Coculet. Essai sur l'application de l'antipyrine au traitement de la tuberculose pulmonaire. — M. Rouiller. Essai sur les kystes hématiques du péritoine. — *Vendredi* 15. — M. Branchu. De la transplantation du sol ciliaire dans le trichiasis et l'ectropion. — M. Badre. Balnéo-posthite gangréneuse. — *Samedi* 16. — M. Guilmoto. Des formes normales de la goutte articulaire aiguë. — M. Coillot. Des lésions de l'intestin et de l'estomac consécutives aux contusions abdominales.

FORMULES

10. Salicylate de soude.

Le salicylate de soude est très soluble dans l'eau.

Principaux effets physiologiques. L'action antifermentiscible et antiputride du salicylate de soude admise par les uns (Buchhaltz, Binz, Domingos Freire), est niée par les autres (Kolbe). Ralentissement de la circulation et de la respiration, diminution de la pression sanguine et de la température ; à doses élevées, sueurs, nausées, vomissements, bourdonnements d'oreilles, ; à dose toxique : convulsions et asphyxie par paralysie de la respiration. Elimination par les reins.

Effets locaux.—Selon M. Domingos Freire, sauf les ecchymoses, les autres accidents locaux seraient très rares si le médicament est dilué dans une quantité d'eau suffisante. Aussi lorsqu'on veut injecter une dose un peu forte, est-il nécessaire de faire un grand nombre de piqûres (1). M Domingos Freire a préconisé les injections hypodermiques de salicylate de soude dans le traitement de la fièvre jaune aux doses de 1 gr., 1 gr. 30 et plus, dans la première période, a celles de 10, 15 et 20 centigr. répetées à longs intervalles dans la deuxième periode.

Salicylate de soude	1 gr.
Eau distillée	4 gr.

Le salicylate de soude doit être absolument neutre ; la solution filtrée et faite seulement au moment de l'administration.

La solution employée par M. Dujardin-Beaumetz et autres ne serait nullement douloureuse et ne produirait aucun accident local. Dans cette solution le salicylate est associé à la caféine.

Caféine	4 gr.
Salicylate de soude.	3 gr.
Eau distillée	6 gr.

(1) M Collard (de Liège , qui a essayé les injections hypodermiques de salicylate de soude dans le traitement de la fièvre typhoide, aurait dû y renoncer ; le traumatisme étant mal supporté.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 26 avril au samedi 2 mai 1885, les naissances ont été au nombre de 1133, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : legitimes, 472, illegitimes, 138. Total, 610. — *Sexe féminin* : légitimes, 387 ; illegitimes, 136. Total, 523.

MORTALITÉ A PARIS.— Population d'apres le recensement de 1881 : 2.225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 26 avril au samedi 2 mai 1885 les décès ont été au nombre de 1143 savoir : 618 hommes et 525 femmes. Les decès sont dus aux causes suivantes. Choléra : M. , F. .. T. . — Fièvre typhoide : M. 17. F. 11 T. 28. — Variole : M 1. F, 3, T. 4. — Rougeole : M. 18, F. 29, T. 47 — Scarlatine : M. 3, F. 5, T. 8. – Coqueluche : M. .. F. 4. T. 4. — Diphthérie, Croup. M. 19, F. 18, T. 37. – Dyssenterie : M .. F. ., T. ..— Erysipèle : M. 4, F. 2, T. 6. — Infections puerpérales : 3 - Autres affections épidémiques : M. ., F. ., T. .. — Méningite tuberculeuse et aiguë : M. 26, F. 24, T. 50. —Phthisie pulmonaire : M. 139, F. 88 T. 227. —Autres tuberculoses : M. 10, F. 12. T 22. – Autres affections générales : M. 30, F 35. T 65 — Malformations et débilité des âges extrêmes : M. 20, F. 26 T. 46 — Bronchite aiguë : M. 12 F. 17. T. 29 — Pneumonie : M. 66, F. 57, T 123 —Athrepsie M 19 F. 19 T 38. — Autres maladies des divers appareils . M 189 F. 152, T. 341. — Après traumatisme : M. ., F. ., T. .. — Morts violentes : M. 23, F. 5. T. 28. — Causes non classées M 4 F 5 T 9.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 102 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 38 ; illégitimes, 16 Total : 54. — *Sexe féminin* : légitimes, 34 ; illégitimes, 14. Total : 48.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Avis aux candidats ajournés avant le 8 juin* 1885. — 1° Les épreuves pratiques seront renouvelées fin juin ou commencement juillet. 2° Les épreuves orales seront renouvelées : Du 15 juin au 1er juillet, par les candidats ayant échoué avant le 15 mai ; du 1er au 15 juillet, par ceux qui ont échoué après le 15 mai et avant le 9 juin. Les candidats ajournés avant le 15 mai, consigneront jusqu'au 2 juin 1885, dernier délai ; les candidats ajournés après le 15 mai et avant le 8 juin, consigneront jusqu'au 9 juin 1885, dernier délai. Ils sont tenus de déclarer, en consignant, la date exacte de leur dernier échec.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — Le concours pour deux places de chef de clinique chirurgicale s'est terminé par la nomination de MM. LOUMEAU et LACHARRIÈRE. Le concours pour une place de chef de clinique ophtalmologique, par la nomination de M. PUECH.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE. — M. le Dr COCHET est institué chef de clinique obstétricale, en remplacement de M. Turgard, dont le temps d'exercice est expiré.

CONCOURS. — A l'occasion de l'exposition qui va s'ouvrir au mois de mai, à Anvers, le *Comité international de la Croix Rouge de Genève* ouvrira, en septembre, un concours pour un *modèle type de baraque d'ambulance mobile*. Le Lauréat obtiendra au prix de 5,000 francs, offert par l'impératrice d'Allemagne.

LA VARIOLE A LONDRES. — D'après les statistiques publiées par les journaux anglais, la variole exerce actuellement de grands ravages à Londres. Pendant la dernière quinzaine d'avril, il a été constaté 874 cas nouveaux et 123 décès. Le nombre des varioleux en ce moment en traitement dans les hôpitaux de cette ville s'élève à plus de mille (*Gazette des hôpitaux.*)

LE CHOLÉRA EN ESPAGNE. — Le choléra serait en décroissance à Jativa et aux environs. Mais il est difficile de se rendre un compte exact de la situation, le gouvernement espagnol ne fournissant aucun renseignement à la presse.

CONGRÈS D'HYGIÈNE. — Du 3 au 5 septembre prochain, un Congrès d'hygiène se tiendra à Budapest, on s'y occupera presque exclusivement des questions sanitaires propres à la Hongrie.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HYGIÈNE. — *Le service de vaccinations gratuites* a repris à partir du mardi 5 mai (de midi à une heure), dans le local que la Société d'Encouragement met gracieusement à la disposition de la Société, 44, rue de Rennes. Les confrères de Paris trouveront à leur choix, *sans rétribution aucune*, du vaccin de *génisse* et du vaccin JENNÉRIEN.

ASILES D'ALIÉNÉS DE LA SEINE. — M. Marquès di Braga ayant donné sa démission de membre de la Commission de sur-

veillance des asiles de la Seine, M. le Préfet de la Seine vient de nommer, à la place vacante, notre excellent ami le Dr H. THULIÉ. M. Poubelle ne pouvait faire un meilleur choix.

SOCIÉTÉ DE PSYCHOLOGIE PHYSIOLOGIQUE DE PARIS. — Nous signalons à nos lecteurs la fondation toute récente d'une *Société de psychologie physiologique*, dont les statuts, qui ne peuvent être reproduits ici, sont en grande partie modelés sur ceux de la *Société de biologie*. La nouvelle Société a pour but l'étude des phénomènes psychiques, à l'état normal et à l'état pathologique, d'après la méthode d'observation et d'expérimentation. Elle se compose : 1° de 30 membres titulaires résidants à Paris ; 2° de membres correspondants dans les départements.

Le bureau sera ainsi composé : Président, M. CHARCOT ; vice-présidents, MM. P. JANET et Th. RIBOT ; secrétaire général, M. Ch. RICHET ; secrétaires, MM. Ch. FÉRÉ et E. GLEY ; trésorier, M. FERRARI. — Pour les membres correspondants, la cotisation annuelle est fixée provisoirement à 12 francs par an. Les personnes qui désirent s'associer devront s'adresser à M. Ch. RICHET, bureau de la *Revue scientifique*, ou au bureau de la *Revue philosophique*. — Dans l'un de nos prochains numéros, nous publierons les premières communications faites à la Société. (*Revue philosophique*).

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE.—Séance du lundi 11 mai 1885, à 4 heures très précises, au Palais de Justice, dans la salle des référés. —Ordre du jour : M. Danet : à quelles causes attribuer la fréquence des acquittements en cour d'assises, en matière d'attentats contre les personnes. — M. Leblond : Rapport sur le travail de M. Garnier, relatif à l'hermaphrodisme. — M. Brouardel : Empoisonnement d'un enfant par le lait de sa mère. — Rapport de la Commission de jurisprudence. — M. Vibert : sur la présence de l'albumine dans l'urine des cadavres.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE. — *Cours de géologie*. — M. DAUBRÉE, professeur, commencera ce cours le samedi 16 mai 1885, à 4 h. 1/4 précises, dans l'amphithéâtre de la Galerie de géologie, et le continuera les mardis et samedis suivants à la même heure. Le professeur traitera des faits fondamentaux de la géologie et particulièrement des conséquences de l'activité interne du globe en ce qui concerne les phénomènes mécaniques qui ont agi sur l'écorce terrestre, ainsi que la formation des dépôts métallifères Il exposera aussi l'histoire des combustibles minéraux. En cas d'absence, le professeur sera remplacé par M. Stanislas Meunier, à qui est confiée la direction des excursions géologiques que des affiches spéciales annonceront successivement.

UNIVERSITÉS ALLEMANDES.—*Faculté de Berlin* : Le Dr KOCH, bien connu par ses nombreux travaux de bacteriologie, vient d'être nommé professeur ordinaire d'hygiène à ladite faculté. — *Faculté de Halle* : Le Dr E. SCHWARTZ a été nommé professeur extraordinaire.

INDEX MÉDICUS.—Nous rappelons que la publication de l'*Index medicus* est reprise par M Georges S.*Davis*,de Détroit(Michigan).

NÉCROLOGIE. — M. le Dr Edmond PÉRIER, médecin inspecteur, membre du conseil de santé des armées. — M. le Dr DES ETANGS, décédé à Versailles à l'age de 80 ans. — Le professeur MORISON WATSON (de Manchester). — Le Dr Camille LE NOIR (de Paris). — Le Dr PAQUEAU (de Toucy). — Le 12 mars dernier est décédé à Condé-sur-Noireau (Calvados), M. le Dr Auguste VAULLEGARD, né le 2 novembre 1796, à Neuville, près Vire Le 15 septembre 1847, il pratiqua avec succès l'*ovariotomie* ; il était le quatrième chirurgien français qui tentât l'opération. Il a été conseiller municipal pendant plus de cinquante ans, et médecin en chef de l'hospice pendant plus longtemps encore. Il fut nommé chevalier de la Légion d'honneur à *quatre-vingt-six ans*. Une souscription dont le conseil municipal de Condé a pris l'initiative, est organisée pour lui élever un monument (*Gazette hebdomadaire*). — Le professeur Karl-Théodore-Ernest v. SIEBOLD, est mort le 7 avril, à Munich, à l'âge de 82 ans. Professeur de physiologie à la faculté de médecine de Munich il ne lisait plus déjà depuis plusieurs années. Nous avons de lui entre autres ouvrages : *Ueber die Band-u Blasenwürmer nebst e. Einleitg. über die Entstehung der Eingeweidewurmer* 36 pl., in-8, Leipzig, 1854. *Parasiten* in *Handwörterbuch der Physiologie* de Wagner, 1847-53, IIe vol, — Il a en outre collaboré au *Traité de Physiologie* de Burdach (1832-40). — Le Dr EDWARD-BEYLARD, auteur d'une monographie du Rachitis. — Le Dr ALFONSI, médecin de colonisation à Boghari. — M. AMAD-BEL-AOSSEN, interne à l'hôpital de Donéra, agé de 25 ans. — Le Dr PICHOT (de Bonnétable), victime de la diphthérie. — Nous apprenons la mort du professeur PANUM. Parmi ses principaux ouvrages, nous citerons : *Physiologische Untersuchungen üb. das Sehen mit zwei Augen*, in-4. Kiel, 1858 ; — *Experim. Untersuchungen zur Physiologie u. Pathologie der Embolie, Transfusion u. Blutmenge*, in-8, Berlin, 1864. Il a de plus collaboré au traité de Thomsen : *Uber Krankheiten u. Krankheits-Verhältniss auf Island u. den Færoerinseln*. Schleswig, 1855. Parmi les articles de journaux qu'il a publiés nous citerons entre autres. *Das Putride Gift, die Bacterien, die putride Infektion oder Intoxication und Septikämie* (*Virchow's Archiv.*, 1874, B. LX, p. 301 et suiv.), où sont relatées ses recherches expérimentales. — Le Dr NACHTIGALL, le célèbre voyageur allemand, vient de mourir à Saint-Vincent (Cap Vert), le 5 mai courant. Il était né en 1834, à Eichsted (Prusse). En 1859, il pratiqua l'art médical à Cologne. Atteint de tuberculose, il se rendit en Afrique, visita l'Algérie, et était en 1863, à Tunis, où, comme médecin militaire, il prit part à une expédition contre des tribus insurgées ; il devint second médecin du bey de Tunis. Il se fit depuis connaître par ses explorations dans le continent africain, voyages dont tous nos lecteurs ont lu la relation. Dernièrement, il avait été chargé par son gouvernement, d'une mission importante qui se rattachait aux entreprises coloniales de l'Allemagne en Afrique.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Publications du Progrès Médical.

ANNÉE MÉDICALE (L'), résumé des progrès réalisés dans les sciences médicales pendant l'année, publiée sous la direction du Dr Bourneville, avec la collaboration de MM. Aigre, G. Ballet, Baratoux, Blanchard, Bottey, E. Brissaud, P. Budin, R. Calmettes, Capitan, Comby, J. Cornillon, L. Cruet, Eperon, Gilles de la Tourette, A. Josias, Keraval, Malherbe, Marie, Maunoury, Maygrier, Monnet, P. Picquet, Poirier, F. Raymond, A. Sevestre, R. Vigouroux, collaborateurs du *Progrès médical*. Paraît tous les ans, pendant le courant du mois d'avril, analysant les progrès réalisés au point de vue médical pendant l'année précédente. Six volumes sont en vente. Un volume in-18 Charpentier. Première et deuxième années (1878, 1879). — Prix : 3 fr. 50 chaque volume. — Pour nos abonnés, par la poste, 3 fr. ; dans nos Bureaux 2 fr. 50.—Troisième, quatrième, cinquième et sixième années (1880, 1881, 1882 et 1883). — Prix : 4 fr. chaque volume. — Pour nos abonnés, par la poste, 3 fr. 50 ; dans nos bureaux. 3 fr. Vient de paraître la **septième année** (1884). Prix : 4 fr. — Pour nos abonnés, par la poste, 3 fr. 50 ; dans nos bureaux. . . . . 3 fr.

Librairie A. COCCOZ, 11, rue de l'Ancienne-Comédie.

PETIT (L.). — Le massage par le médecin. *Physiologie, Manuel opératoire*, indications, précédé d'une préface par le Dr Paul Reynier. 1 vol. in-18 de 206 pages. — Prix : 4 fr.

MOLÈNES-MAHON (De). — Contribution à l'étude des maladies infectieuses. — De l'érythème polymorphe. Broch. in-8 de 215 pages. — Prix : 3 fr. 50

Librairie ASSELIN et HOUZEAU, place de l'Ecole-de-Médecine.

BALL (B.). — La morphinomanie, les frontières de la folie, le dualisme cérébral, les rêves prolongés, la folie gémellaire ou aliénation mentale chez les jumeaux. 1 vol. in-18.

Librairie J.-B. BAILLIÈRE, 19, rue Hautefeuille.

FERNANDEZ (J.-R.). — Contribucion al estudio de la fiebre puerperal. 1 vol. in-18 de 464 pages.

GUERIN (A.). — Du pansement ouaté et de son application à la thérapeutique chirurgicale. 1 vol. in-18 de 392 pages, avec figures. — Prix : 4 fr.

LAGARDE (E.), de Pau. — Manuel memorandum à l'usage de l'accoucheur et de la sage-femme. 1 vol. in-8 de 115 pages.

COMBY (J.). — De la dilatation de l'estomac, (Extrait des *Archives générales de médecine*). Broch. in-8 de 39 pages.

Annuaire de l'Académie royale des sciences, des lettres et des beaux-arts de Belgique. 1885, cinquante et unième année. 1 vol. in-18 de 535 pages — Bruxelles. 1885. — Imprimerie Hayez.

DUTERTRE. Des anesthésiques dans l'antiquité. Broch. in-8 de 24 pages. — Paris, 1885. — A. Parent.

CATILLON (A.). — Des propriétés physiologiques et thérapeutiques de la glycérine et de son association au quinine, au fer, à la pepsine et à la créosote. Broch. in-8 de 16 pages, — Paris, chez l'auteur, 23, rue Saint-Vincent de Paul.

DUTREUIL DE RHINS (J.-L.). — Le Congo français. Avec une esquisse de l'Ouest africain et les portraits de Brazza et de Makoko. Broch. in-8 de 64 pages. — Paris. 1885. — E. Dentu.

NÈGRE (H.). — Etude sur le chlorhydrate de cocaïne. Broch. in-8 de 92 pages. — Montpellier. 1885. — Imprimerie Cristin.

PREVOST (J.-L.). — Note relative à l'action physiologique de la paraldéhyde.(Extrait de la *Revue médicale de la Suisse romande*). Broch. in-8 de 16 pages. — Genève, 1884. — H. Georg.

13e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. I. No 20 BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 16 MAI 1885.

Le Progrès Médical

CLINIQUE CHIRURGICALE

HÔPITAL DE LA CHARITÉ. — M. TERRILLON.
(SUPPLÉANT M. GOSSELIN).

Hypertrophie de la muqueuse du cornet inférieur des fosses nasales. Sa nature et son traitement;

Leçon recueillie par M. le Dr ROUTIER, chef de clinique.

Messieurs,

Vous vous rappelez sans doute que nous avons soigné, il y a quelques semaines, un jeune homme de 17 à 18 ans qui était entré dans notre service avec les symptômes suivants : Il se plaignait d'éprouver, depuis deux ou trois ans, une gêne croissante de la respiration nasale ; il avait des envies fréquentes de se moucher et ses efforts finissant par le débarrasser d'une petite quantité de mucus épais, sa respiration devenait plus facile pour quelques moments. Mais le passage de l'air ne se faisait jamais librement, le malade avait toujours la sensation d'un obstacle dans les fosses nasales ; en outre il était atteint d'un coryza qui s'était établi chez lui d'une façon chronique.

Nous avons alors poussé plus loin notre examen. Le spéculum de Duplay nous a permis de reconnaître à un centimètre environ de l'ouverture du nez une tumeur rougeâtre, lisse, faisant saillie du côté externe des fosses nasales et paraissant remplir la cavité; les symptômes physiques étaient du reste les mêmes qu'on examinât la narine droite ou la narine gauche : la tumeur existait des deux côtés.

Rien ne ressemblait plus à ce qu'on décrit sous le nom de polype du nez et notre première idée fut que nous avions affaire à un polype. Cependant l'aspect de la tumeur qui était rougeâtre et n'avait pas cette apparence grise, transparente des polypes muqueux et aussi son immobilité me firent rejeter cette première hypothèse, et je ne tardai pas à reconnaître qu'il ne s'agissait pas d'un polype adhérent à la muqueuse des fosses nasales, mais bien d'une affection spéciale peu connue, bien rarement décrite et indiquée généralement sous le nom d'*hypertrophie de la muqueuse du cornet inférieur*.

Vous savez, d'ailleurs, que j'ai employé chez ce jeune homme un moyen de diagnostic que je vous conseille en pareil cas. Avec un stylet j'ai exploré la tumeur que j'ai trouvée assez résistante; mais ce qui a donné la certitude absolue à mon diagnostic, c'est ce fait : que l'instrument pouvait contourner la tumeur, en dedans, du côté de la cloison, tandis que, en dehors, il était arrêté par un pédicule qui n'est autre que l'attache osseuse du cornet inférieur. Chez ce malade, l'hypertrophie formait une saillie assez pédiculée pour que j'aie pu l'enlever au moyen d'un fil de fer monté sur un serre-nœud de Maisonneuve. Puisque l'occasion se présente, je vais esquisser, devant vous, l'histoire de cette maladie, et cette description vous sera d'autant plus utile que vous ne trouverez que quelques courtes indications sur ce point dans la plupart des livres auxquels vous avez l'habitude de vous adresser.

M. Duplay a consacré à l'étude de cette affection un paragraphe fort intéressant de son livre. Voltolini (*Revue des sciences médicales* 1879. — *Analysé par Calmettes*) en a également donné une courte description ; mais vous ne trouverez que très peu de renseignements ailleurs. L'article de M. Spilmann, dans le *Dictionnaire encyclopédique*, donne quelques détails sur l'hypertrophie de la muqueuse sans y insister beaucoup. Cela est d'autant plus fâcheux que la confusion avec les polypes proprement dits semble être la principale cause de l'oubli où est, jusqu'ici, demeurée l'hypertrophie du cornet. Il y a là une erreur qu'il importe de relever et cela, non pas au seul point de vue nosologique, mais bien plutôt au point de vue pratique, car l'erreur de diagnostic entraîne avec elle l'usage de moyens qui ne sont appropriés qu'aux polypes. Or, ces moyens sont trop souvent nuisibles et dangereux dans la thérapeutique de l'hypertrophie du cornet.

Vous savez, Messieurs, que la muqueuse des fosses nasales est assez épaisse, normalement, dans la région du cornet inférieur. Sous une influence que nous chercherons plus tard à préciser, cet épaississement augmente progressivement, exagère le bord arrondi et saillant du cornet inférieur et forme bientôt une tuméfaction notable qui prend l'apparence d'une tumeur obturant plus ou moins la fosse nasale correspondante. La maladie est alors constituée dans ses symptômes physiques et fonctionnels.

Occupons-nous, d'abord, des symptômes physiques, c'est-à-dire de ce qu'on voit quand on procède à l'examen du malade. Lorsqu'on écarte l'orifice des fosses nasales et qu'on explore l'intérieur de cette cavité on voit apparaître une tumeur qui peut atteindre la grosseur du petit doigt environ. Cette tuméfaction est rouge, grisâtre quelquefois ; sa surface n'est pas aussi lisse que celle des polypes muqueux qui la simulent; elle est en saillie, en avant, remplit plus ou moins les fosses nasales, mais laisse toujours, cependant, entre elle et la paroi interne, un sillon facile à distinguer. En regardant avec soin, on ne tarde pas à reconnaître que la tumeur est en continuité avec la paroi externe de la cavité des fosses nasales, paroi à laquelle elle adhère entièrement. En outre, si avec un stylet on explore les contours de la saillie (exploration que du reste vous ne devez jamais négliger, car elle est un moyen diagnostique des plus importants) on voit qu'il est facile de passer en haut, en bas, en dedans, mais qu'il est au contraire absolument impossible de passer en dehors : en ce point la tumeur est nettement adhérente à la paroi externe avec laquelle elle fait corps. Lorsque chez les enfants ou les jeunes gens atteints de cette affection (c'est à cet âge, en effet, qu'elle est le plus fréquente), on fait, à l'aide du miroir, l'examen de la partie postérieure des fosses nasales, on constate, parfois, que l'hypertrophie occupe également les parties les plus reculées de la muqueuse du cornet inférieur. Ainsi donc l'hypertrophie peut exister aussi bien à la partie postérieure qu'à la partie antérieure : elle

peut exister, d'ailleurs, seulement à la partie antérieure ou seulement à la partie postérieure : quant à la partie moyenne, son hypertrophie accompagne presque toujours celle des deux autres régions de la muqueuse.

Je m'empresse d'ajouter que seule l'hypertrophie antérieure est d'un diagnostic facile ; tandis que l'hypertrophie postérieure, quand elle existe à l'état isolé, court le plus grand risque d'être méconnue, et partant, de n'être soumise à aucun traitement, ce qui peut avoir, et a, le plus souvent, des inconvénients sérieux pour les malades.

Si l'on vient à toucher cette muqueuse hypertrophiée on reconnaît qu'au lieu d'être molle, réductible, comme cela a lieu à l'état normal, elle est immobile, élastique, et enfin conserve mal l'empreinte du stylet; vous savez qu'il en est tout autrement dans les cas de polypes muqueux. C'en est assez, je pense, pour vous donner une idée des principaux symptômes physiques de l'hypertrophie au cornet inférieur.

J'en viens maintenant à l'étude des symptômes fonctionnels, c'est-à-dire à l'étude des troubles que ce nouvel état de choses apporte au fonctionnement normal de l'organe ainsi lésé. Eh bien, Messieurs, je vous dirai qu'il est deux symptômes sur lesquels votre attention sera tout d'abord attirée. Le premier c'est la difficulté de la respiration nasale ; le malade éprouve des besoins fréquents de se moucher, et le plus souvent les efforts qu'il fait pour se débarrasser du mucus qui séjourne dans les fosses nasales, sont inutiles. La difficulté de la respiration est continue, elle est cependant quelquefois variable dans son intensité, augmentant, diminuant tour à tour. Ces changements dans la difficulté respiratoire sont surtout marqués au moment des changements de saisons ou des modifications dans la température intérieure. L'état hygrométrique de l'air ambiant a une influence très marquée sur ces changements. Il faut tenir compte aussi des poussées inflammatoires qui peuvent venir exagérer momentanément l'hypertrophie; mais, en tous cas, ce qui est invariable et persistant au plus haut degré, c'est la sensation de gêne ressentie des deux côtés. Notez cependant (c'est là un point essentiel sur lequel je me promets de revenir), notez que le malade a toujours conscience qu'il passe une certaine quantité d'air par les fosses nasales, la respiration est désormais très difficile, mais enfin elle existe toujours.

Le deuxième symptôme dont je veux vous entretenir, c'est l'hypersécrétion de la muqueuse, hypersécrétion variable. D'ailleurs, suivant que le malade atteint de ce coryza chronique, est ou non sous l'influence des poussées aiguës ; suivant aussi le degré de la température. Ces deux symptômes sont les plus importants parmi ceux d'ordres fonctionnels, mais ils sont loin d'être les seuls et je vais essayer de vous énumérer les principaux accidents que cette maladie peut entraîner du côté des organes voisins. Ces accidents peuvent être tellement accentués que, chez quelques malades, ils ont une importance prédominante, ce qui fait négliger la cause primitive de ces troubles secondaires. Le malade nasonne en parlant et sa voix prend un timbre spécial ; en même temps il est forcé de respirer par la bouche. Cette respiration buccale a un sérieux inconvénient; elle laisse pénétrer dans le pharynx de l'air qui n'est pas réchauffé suffisamment comme cela a lieu normalement pendant son passage à travers les fosses nasales ; de là un certain degré de pharyngite habituel aux malades atteints de l'hypertrophie du cornet inférieur.

Je m'empresse de vous dire, du reste, que souvent il n'est pas nécessaire d'invoquer cette cause toute mécanique pour expliquer l'inflammation du pharynx ; on peut en effet le plus souvent dire que cette pharyngite chronique et l'hypertrophie du cornet inférieur ne sont que deux effets d'une même cause générale qui nous échappe encore. Cependant on peut admettre que l'affection pharyngienne est facilement exagérée ou entretenue par le passage de l'air qui, à travers la bouche, va atteindre et irriter directement la muqueuse du pharynx. L'obstacle au passage de l'air à travers les fosses nasales, force, comme je l'ai dit, les malades à ouvrir la bouche ; cette attitude leur donne un aspect spécial hébété, et qui a quelque chose de particulièrement disgracieux. Les enfants, spécialement, présentent cet aspect spécial, lequel ressemble à celui que donne chez eux, assez souvent, le volume exagéré des amygdales. Si on examine ces organes et qu'on ne trouve pas d'hypertrophie, on peut presque être sûr qu'on la trouvera en examinant avec soin les fosses nasales. Mais s'il est facile de diagnostiquer ainsi l'hypertrophie antérieure de la muqueuse du cornet, il devient impossible, par cette seule inspection, de voir une hypertrophie de la partie postérieure; or, il peut arriver que cette partie soit seule atteinte. Le fait est assez rare cependant, j'ai été témoin d'un cas de ce genre, lequel m'a beaucoup embarrassé. Aussi vais-je analyser l'observation devant vous.

Il s'agissait d'un petit garçon de sept ans et demi, le fils d'un de mes clients. Depuis quelques mois cet enfant présentait les principaux symptômes que j'ai indiqués plus haut. Enchiffrènement, respiration nasale difficile, nasonnement de la voix, respiration buccale presque continuelle et gorge douloureuse et sèche. Mais ce qui attristait le plus sa famille était l'aspect d'hébètement que donnait, à ce pauvre enfant, l'attitude de la bouche toujours ouverte. Il avait de plus une surdité déjà accentuée.

J'examinai avec soin le pharynx sans trouver les amygdales volumineuses, je voyais seulement de la rougeur et de la sécheresse. L'examen du nez ne me fit reconnaître aucune trace de polype. Cependant le cornet antérieur me sembla, des deux côtés, un peu plus épais, par son bord saillant.

Ne pouvant expliquer d'une façon rationnelle, l'obstruction des fosses nasales, je pratiquai avec le doigt recourbé en crochet, le toucher pharyngien en passant derrière et au-dessus du voile du palais. Il me fut facile alors de sentir au niveau de l'orifice postérieur des fosses nasales deux masses, de la grosseur du bout du petit doigt et obturant en partie cet orifice. La Rhinoscopie pratiquée quelques jours après me permit d'affirmer une hypertrophie portant surtout sur la muqueuse du cornet inférieur à sa partie postérieure. Je proposai aux parents de faire l'ablation de cette tuméfaction et cette opération qui réussit très bien me donna un succès complet et durable.

La respiration nasale est redevenue normale et tous les autres phénomènes ont cessé.

Pour enlever ces prolongements hypertrophiés, je me suis servi de serre-nœuds très courbés munis de fil d'acier très souple. Je pus, en passant derrière le voile du palais, atteindre et saisir les parties saillantes un peu obliquement. La section fut faite assez rapidement et elle donna peu de sang.

Cependant je plaçai de chaque côté, un tampon pharyngien maintenu par des fils passant par les fosses

nasales. Les tampons furent enlevés le lendemain et les suites furent très bénignes. Des fait semblables ont été publiés, surtout par Alexander W. Mac Coy (*Med. News*, 7 *avril* 1883). Dans un travail intitulé : *Observation d'occlusion de la partie postérieure des narines, comme conséquence du catarrhe chronique.*

Il ne faut pas confondre cette affection avec le début d'un polype fibreux des fosses nasales et du pharynx, et on doit penser aussi aux hypertrophies glandulaires de la muqueuse du pharynx qui donnent souvent des symptômes analogues et peuvent en imposer pour l'hypertrophie des cornets. Le toucher digital en permettant de reconnaître le siège de la maladie et la perméabilité de l'orifice postérieur des fosses nasales lèvera tous les doutes.

Mais ce n'est pas tout encore, je veux insister sur un symptôme de grande valeur qu'il est essentiel de bien connaître. Bewerley (*In Amer. Journ.* 1877) a surtout insisté sur ce côté intéressant de la maladie. Vous savez, et j'ai à peine besoin de vous le rappeler, que le fonctionnement normal de l'oreille moyenne est intimement subordonnée à la perméabilité de la trompe d'Eustache, à la facilité du passage dans la trompe, de l'air venant du pharynx. Il faut, en d'autres termes, pour que l'oreille soit en parfait état physiologique, que la communication de la caisse du tympan avec l'extérieur par la trompe d'Eustache soit assurée, ce qui se fait normalement à chaque mouvement de déglutition et surtout à chaque déglutition non alimentaire ; je n'insiste pas sur le mécanisme de cet acte.

Or, qu'arrivera-t-il sur les malades que nous étudions en ce moment ? Rien de plus simple à prévoir : respirant la bouche ouverte, la bouche et le pharynx sont constamment desséchés ; les déglutitions salivaires seront des plus rares; vous voyez quelle influence peut avoir ce fait sur le bon fonctionnement de l'oreille et vous comprenez comment se rattache à l'hypertrophie du cornet, cette demi-surdité que plus d'un auteur a constatée chez ces malades et en particulier chez les enfants.

On peut ajouter que cette maladie du pharynx, caractérisée par une irritation chronique, avec sécheresse et épaississement de la muqueuse, peut encore augmenter la cause du fonctionnement vicieux de la trompe, en diminuant son orifice et en l'indurant. En résumé, l'hypertrophie de la muqueuse du cornet inférieur, qu'elle soit totale ou partielle, trouble le jeu normal de l'oreille d'une façon toujours gênante et souvent très sérieuse quand il s'agit d'un enfant. (*A suivre*).

CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE. — **M. H. LELOIR**

Leçons sur la Syphilis (1).

Professées à l'hôpital Saint-Sauveur.

TROISIÈME LEÇON (6 février 1885).

Mais, Messieurs, ce ne sont pas seulement les nourrissons qui peuvent, dans l'acte de l'allaitement, contaminer le sein de la nourrice. Dans certains cas, c'est une succion pratiquée sur le sein dans un autre but que l'allaitement, et non plus par un nourrisson, mais par un adulte, qui peut être cause de l'infection de la femme.

g. Je ne vous parle pas des chancres du sein consécutifs aux baisers et succions lascifs pratiqués suivant l'expression de Ricord par des nourrissons adultes. Dans ces conditions, il n'est pas besoin d'être nourrice ni même femme pour être atteint de chancre du sein. — Ricord, dans ses lettres sur la syphilis, nous relate l'histoire d'un jeune homme contaminé ainsi au mamelon par les baisers excentriques de sa maitresse. Mais parfois cette contamination est consécutive à une succion pratiquée sur le sein, par un adulte, dans un but parfaitement louable. (Soit que l'on veuille dégorger les seins d'une nouvelle accouchée, soit que la matrone chargée de cette opération veuille former les bouts des seins d'une jeune mère.) C'est ainsi que vous trouverez relatée dans un mémoire du Dr Bourgogne, publié à Lille en 1825, l'histoire d'une matrone de Condé atteinte de syphilides buccales qui, par ces procédés, contamina 11 à 14 femmes. De plus, presque toutes les femmes qui gagnèrent ainsi la vérole la communiquèrent à leurs enfants. Quelques-uns des enfants transmirent leur mal, avant qu'il fût découvert, à des nourrices auxquelles on les avait confiés. Plusieurs de ces nourrices infectèrent également leurs propres enfants. Enfin les enfants qui se servirent des vases que les nouveaux-nés infectés touchaient de leurs lèvres, contractèrent également la vérole. Telle est l'histoire résumée de la fameuse épidémie de Condé.

Messieurs, il y a cinq ans environ, et cela encore dans notre département du Nord, il s'est produit une épidémie analogue. Je veux parler d'une épidémie survenue à Tourcoing. Il s'agit ici d'une commère syphilitique qui, en faisant les bouts des seins, infecta un assez grand nombre de dames tourquenoises dont quelques-unes semblent avoir transmis la vérole à leurs maris, etc. L'une de ces dames est même morte de syphilis cérébrale un an à peine après le début du chancre. D'après les renseignements que j'ai recueillis, on peut considérer comme s'élevant à plus de vingt personnes le nombre des individus infectés directement ou indirectement par cette commère (1).

h. Enfin, Messieurs, la succion pratiquée dans l'opération de la circoncision suivant le rite hébraïque a parfois transmis la vérole à l'enfant par les lèvres de l'opérateur (Ricord 1862) ou par les lèvres de l'aide (psylle) chargés de sucer la plaie après l'opération. (Kéditoff-Annales de Dermatologie, 1884). Réciproquement, dans

(1) Voir *Progrès médical*, nos 11, 12, 16 et 17.

(1) Voici, brièvement résumée, une partie de l'histoire de cette épidemie, telle qu'elle m'a été communiquée récemment dans une lettre par mon confrère et ami le Dr X..., de Tourcoing.

Une matrone faisant l'office de « tireuse de seins » prend, à la levre inférieure, un chancre dur que lui donne une de ses clientes dont le mari est syphilitique. Ignorant la gravite de sa misère qu'elle attribue a une echaudure de pomme de terre, elle continue a exercer sa profession, sans consulter le confrere qui était son medecin habituel, et infecte successivement plusieurs femmes pres desquelles elle avait été appelée. 1° La première en date (ou plutot la premiere dont le diagnostic ne laissait aucun doute) (je crois que d'autres confrères en ont méconnu de prime abord), fut une de mes clientes, accouchée d'un mois, dont les bouts de sein, à peine formés, avaient nécessité l'appel de la tireuse. — Chancre dur a la base du mamelon gauche, consideré jusque la comme une gerçure simple ; 2° L'enfant devient syphilitique et vit encore ; 3° Le mari prend la syphilis en tetant le biberon qui servait à la nourriture du petit. (La mère n'avait pu continuer l'allaitement). 4° Chancre dur du mamelon dans les memes conditions chez une multipare ; 5° Enfant syphilitique, mort ; 6° Chancre dur du mamelon chez une multipare accouchée d'un enfant mort-né et qui croit devoir faire vider ses seins. Syphilis grave, amenant des accidents cérébraux precoces suivis de mort (un an à peine apres le debut du chancre) ; 7° Chancre dur du mamelon chez une primipare. Je suis malheureusement appele lors des accidents secondaires. L'enfant, déjà

d'autres circonstances, c'est l'enfant syphilitique qui a pu, dans cette opération, transmettre la vérole à l'opérateur ou aux psylles (Taylor, Lubelski).

i. Les contacts quelconques, même fortuits, peuvent encore déterminer la vérole de bien d'autres façons. C'est ainsi que des médecins, des sages-femmes, ont malheureusement trop souvent été infectés en touchant des sujets syphilitiques, surtout en pratiquant le toucher vaginal ou un accouchement.

L'accident primitif du doigt peut être méconnu, et médecins et sages-femmes peuvent ainsi communiquer leur syphilis à d'autres malades. Telle est l'origine de l'épidémie dite mal de Sainte-Euphémie et de l'épidémie de Brives relatées en 1874 par Bardinet. Colles rapporte l'histoire d'un accoucheur qui, ayant aux mains des syphilides secondaires infecta plusieurs de ses clientes.

Des attouchements divers sur la nature desquels nous n'avons pas à insister peuvent encore transmettre la vérole. Fournier relate l'observation d'une jeune fille qui fut atteinte d'un chancre du doigt tirant son origine des syphilides vulvaires d'une de ses amies. Des enfants, des adultes, ont été contaminés pour avoir simplement partagé le lit d'un vérolé, comme cela arrive dans les familles pauvres, où l'on se tasse les uns contre les autres dans un même lit pour avoir chaud. Des observations probantes ont été publiées à cet égard par les anciens syphiligraphes, puis par Trouseeau, Ricord, Lancereaux, Rollet, etc...

J'ai vu en mai 1883, dans le service du professeur Fournier, un malade atteint d'un vaste chancre induré du triangle de Scarpa dont la pathogénie était la suivante : Le malade couchait sur le côté gauche et s'endormit la cuisse droite enfoncée entre les cuisses de sa maîtresse; or, celle-ci était atteinte de syphilides vulvaires. L'observation a été relatée dans les Annales de Dermatologie, 1884, par MM. Lavergne et Périn, internes du service.

Des femmes ont été atteintes de chancres infectants des avant-bras pour avoir porté des enfants dont les fesses étaient couvertes de papules érosives (affaire Hubner, épidémie de Rivalta); une vieille femme fut atteinte d'un chancre du cou là où avaient reposé les lèvres virulentes d'un enfant endormi (Egan).

En résumé, Messieurs, vous voyez que tout contact d'une partie quelconque du corps, quelle que soit la cause de ce contact, avec des produits virulents reposant sur un sujet syphilitique peut produire la vérole.

j. Enfin, Messieurs, dans certains cas, heureusement rares, des particules de salive, des postillons lancés dans l'acte de la parole, de la toux, etc., par un malade atteint de syphilides de la gorge ou de la bouche, ont pu produire chez le vis-à-vis de ces malades des chancres de la face, de l'œil en particulier. Fournier en a publié un cas intéressant, et je crois également en avoir observé un exemple. Telles sont, rapidement énumérées, les principales causes de la contamination directe.

2° CONTAMINATION INDIRECTE OU MÉDIATE.

Malheureusement, Messieurs, la syphilis ne se transmet pas toujours directement. La contagion indirecte, surtout la contagion indirecte par un intermédiaire inanimé, est une cause puissante de la propagation de la vérole. C'est ce mode de transmission qui contribue pour une part énorme à la diffusion de la syphilis chez les individus, chez les populations où l'hygiène est rudimentaire, presque nulle où plusieurs individus, où les membres d'une même famille, que dis-je, de plusieurs familles même, habitent pêle-mêle dans des espaces restreints. Dans ces milieux tout est commun : les verres, les ustensiles de ménage, les pipes et bien d'autres choses encore. Ces malheureux ignorent les dangers auxquels ils s'exposent à chaque instant en vivant en commun avec des syphilitiques. Telle est l'origine de nombre de petites épidémies de syphilis résultant tout autant, et peut-être même plus, de la contagion médiate ou indirecte, que de la contagion directe.

Les pseudo-épidémies de syphilis en Norvège, si bien étudiées par les syphiligraphes norwégiens, et dont le souvenir et le vestige existent encore maintenant dans certains villages de la côte norwégienne (comme j'ai pu le constater dans mon dernier voyage) ; le mal de Scherlievo, les foyers intenses qui existent en Kabylie, et qui ont été bien étudiés par mon excellent collègue le professeur Arnould, n'ont pas d'autre origine. Il en est de même de nombre de petites épidémies locales de villages, de maisons, de chaumières, de casernes, d'écoles, d'ateliers, de chambrées, de dortoirs, etc.

Les modes suivant lesquels la contagion indirecte peut se produire sont si multiples et divers, qu'il est impossible de les énumérer tous. Il importe cependant que vous connaissiez les principaux modes possibles de contagion médiate, car votre devoir est de prémunir la Société contre les dangers de la contagion indirecte, qu'elle semble ignorer presque complètement.

La contagion indirecte peut se faire : *a*) par des intermédiaires inanimés (objets quelconques) ; *b*) par des intermédiaires animés.

a) *Contamination par des intermédiaires inanimés.* — Il est clair, lorsqu'on se rappelle la puissance de résistance du virus syphilitique, qu'un objet quelconque souillé par ce virus peut, lorsqu'il est mis en contact avec une surface cutanée ou muqueuse dénudée, déterminer la contamination, sans aller trop facilement (avec nombre de malades qui croient ainsi soulager leur conscience) rattacher l'origine de certaines véroles à un contact fortuit avec un vêtement quelconque, des latrines malpropres, etc. Il est certain cependant que des vêtements souillés de virus syphilitique, ont pu être une cause de propagation de la vérole. Ce sont, en particulier, les vêtements en contact direct avec la peau qui ont été incriminés par les auteurs (Clerc, Bondé) et masques même (Ricord).

D'autre part, ces vêtements peuvent être cause de syphilis par suite du dépôt du virus non pas sur leur

---

syphilitique, a été placé chez une nourrice qu'il a infectée et qui a, à son tour, infecté son nourrisson.

Les trois premiers cas furent presque simultanés dans ma clientèle. Je me hâtai de prévenir les confrères et sages-femmes de Tourcoing ; on se résolut à garder le silence, tout en mettant la tireuse de seins dans l'impossibilité de continuer sa profession à domicile. Malheureusement; les femmes allaient encore la trouver chez elle, et il fallait une surveillance des plus actives.

Mes confrères avaient, en même temps que moi, les mêmes misères de clientèle. Deux fois je fut appelé, comme consultant, près de mères syphilitiques dont les enfants l'étaient aussi devenus. — Ces deux cas appartenaient à des confrères différents. Je vous fais grâce des détails, mon cher confrère. Il est évident pour moi que les cas furent plus nombreux, chacun de nous ayant dû avoir une collection d'observations du même genre. J'ai eu d'ailleurs, depuis, l'occasion d'accoucher deux fois d'enfants mort-nés ou avortons, les deux femmes qui font le sujet de la 1re et de la 4e observations. Je termine cette lettre, déjà longue, en me mettant à votre disposition pour donner, si vous le désirez, des détails plus circonstanciés et vous prie d'agréer, cher confrère, l'assurance de mon meilleur souvenir.

surface interne ou cutanée, mais sur leur surface externe. C'est là un mode de contagion que les auteurs semblent avoir complètement négligé et à propos duquel je crois utile de vous relater le fait suivant, tiré de ma pratique privée : Un jeune homme du monde, jeune homme très élégant, vient un jour me consulter pour un magnifique chancre infectant de l'angle interne de l'œil gauche. Je l'interroge avec soin pour remonter à l'origine de ce chancre, je ne trouve rien, ni baisers, ni contact avec un intermédiaire quelconque souillé de virus, etc. A force de recherches, j'apprends qu'il y a quatre semaines, avant l'apparition du chancre, ce jeune homme étant en bonne fortune à la sortie d'un bal avec une femme légère, mais surveillée par un amant jaloux, ne put converser avec l'objet de sa flamme qu'à la hâte et dans une voiture publique. La dame résista. Le jeune homme essaya de triompher manuellement de sa vertu... Il ne réussit qu'à tacher ses gants gris perle. Malheureusement (et c'est lui qui a appelé mon attention sur ce fait), ayant voulu enlever quelque chose du coin de l'œil avec le bout du doigt, il oublia d'ôter le gant contaminé. Il me paraît probable que, dans le cas actuel, c'est un doigt de gant souillé de virus syphilitique qui a été la cause du chancre de l'œil. Ce qui vint corroborer mon opinion, c'est qu'ayant examiné la femme, je la trouvais atteinte de syphilides secondaires de la vulve. Quant au jeune homme, il est absolument convaincu de l'origine ci-indiquée de sa vérole. Je l'ai revu depuis lors à ma consultation et la première chose qu'il me dit en m'abordant fut : Ah ! Docteur, si j'avais ôté mes gants... » *(A suivre.)*

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Thalline.

La *thalline* est un dérivé de la quinoléine. Découverte par Skraup, elle fut d'abord employée par M. Jacksch (de Vienne). Tous les sels de thalline se dissolvent facilement dans l'eau (tartrate, sulfate, chlorhydrate, acétate) ; le chlorhydrate s'altère rapidement à la lumière ; c'est au sulfate que l'on a principalement recours en thérapeutique ; il est soluble dans cinq fois son poids d'eau froide ; le tartrate est soluble dans dix parties d'eau. L'éthylthalline et ses sels sont également solubles dans l'eau. Les solutions concentrées de thalline ont une saveur amère et salée ; les solutions diluées une saveur aromatique.

Jaksch (1), le premier, a reconnu l'action antipyrétique de la thalline. Il s'est servi des chlorhydrate, sulfate et acétate de thalline, et du chlorhydrate d'éthylthalline aux doses de 25, 50 et 75 centigr. L'abaissement de la température est considérable (de plusieurs degrés), mais l'on noterait souvent des sueurs lors de l'abaissement thermique, puis du frisson lors de l'élévation ultérieure de la température. Jamais on n'a observé de collapsus. On a noté une augmentation de la pression sanguine (Pisenti) et une diminution du pouls et de la respiration. Le minimum de température s'observerait de 2 à 3 heures après l'administration du médicament qui, du reste, n'aurait aucune influence sur la marche et la durée des maladies diverses contre lesquelles il a été prescrit.

L'action de la thalline serait plus durable que celle de la kairine ; plus active (25 centigr. = 1 gr.) que celle de l'antipyrine ; mais l'effet de celle-ci serait plus durable. — A la dose de 60 à 80 centigr. les sels de thalline ne produisent chez les lapins aucun phénomène toxique ; à la dose de 50 centigr. à 1 gramme, ils n'exercent aucune action sur l'homme sain. Tous les sels de thalline ont une action antifermentescible. L'élimination s'opère par les reins (Jaksch).

M. Alexander (1) a expérimenté à la clinique de M. Bienmer le *tartrate* et le *sulfate* de thalline, et en a obtenu des résultats identiques à ceux de M. Jacksch. Avec une dose de 25 centigr., l'effet ne durerait que deux heures en moyenne, aussi doit-on, pour avoir un effet constant, répéter toutes les heures la dose du médicament.

M. Grocco (de Pavie) a employé l'*acétate de thalline*; à la dose de 25 centigr., ce serait un puissant antipyrétique ; il aurait observé à la suite de son administration, des sueurs profuses, la diminution de fréquence du pouls et de la respiration. Dans certains cas d'intolérance, il l'administra sans inconvénient en injection hypodermique à la dose de 10 centigr. La durée de l'action de ce sel varierait entre 4 et 6 heures en moyenne.

M. Mingazzini (2) a utilisé le *sulfate* et le *tartrate* de thalline. Il a noté rarement l'absence de sueurs dont l'abondance dépendrait, soit de la température au moment de l'administration du remède, soit de l'abaissement thermique obtenu. Cet auteur n'a jamais observé ni vomissement, ni cyanose, ni collapsus. Le frisson serait le principal inconvénient relevé. La température remonte au degré initial lors de la cessation du médicament. Administrée par la voie stomacale, la thalline, à la dose de 75 centigr., donnée en trois fois, à 3 ou 4 heures d'intervalle, abaisserait la température de 3° à 3°,8 ; la durée de la chute varierait de 8 à 12 heures. Les sels de thalline produisent par la voie rectale les mêmes effets que par la voie stomacale.

M. Mingazzini a usé hypodermiquement d'une solution de 1 gr. de *sulfate de thalline* pour 5 gr. d'eau à chaud ; il est nécessaire, à cause de la précipitation qui s'y produit à froid, d'employer toujours la solution tiède. Cette solution ne produirait ni abcès, ni autres accidents locaux ; à la dose de 10 centigr. (équivalant à 25 centigr. par voie stomacale) l'abaissement de la température atteindrait 2° 1 à 3/10 et durerait de 6 à 9 heures. M. Pisenti (3) dit aussi que les solutions aqueuses de sulfate de thalline en injection hypodermique sont exemptes de tout danger.

En résumé, la thalline présente sur l'antipyrine, l'avantage de ne nécessiter l'emploi que de petites doses, d'être moins désagréable au goût et à l'odorat, de ne

(1) Jaksch. *Thallin ein neues Antipyreticum* (*Wien. med. Woch.*, 1884, n° 48 et *Deutsche medizinische Blätter*, nov. 1884). — Le nom de thalline a été donné à ce corps à cause de la coloration verte que produisent ses solutions au contact du perchlorure de fer.

(1) Alexander. *Ueber die Wirkungen der Thallinsalze*, (*Centralbl. f. klin. Medizin*, 7 février 1885).

(2) Mingazzini. *La Tallina, nuovo antipiretico* (*Lo Spallanzani*, mars 1885).

(3) Pisenti. *Sull'azione fisiologica della Tallina* (*Annali di chimica medico-farmaceutica*, etc., mars 1885)

produire que très rarement des vomissements. L'antipyrine a au contraire sur la thalline l'avantage de son action de plus longue durée, l'absence ordinaire de frissons, l'abaissement du pouls en relation avec celui de la température, et enfin, selon certains auteurs, son action favorable sur les articulations dans le rhumatisme articulaire aigu. P. B.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 2 mai 1885. — PRÉSIDENCE DE M. HANOT.

M. BROWN-SÉQUARD, continuant la série de ses communications sur la physiologie de la moelle, fait connaître une série de faits desquels il résulte que la sensibilité tactile ne tient nullement à l'intégrité des cordons postérieurs. Il insiste en outre sur ce fait que, lorsqu'on détermine une impression sensitive sur un membre, il arrive que cette impression sensitive est perçue sur le membre du côté opposé et dans un point symétrique. Il existe donc dans la moelle des communications évidentes entre les deux moitiés.

MM. QUINQUAUD et LABORDE ont étudié l'action sur le sang d'un *glucoside du boldo* qui, ainsi qu'ils l'ont fait voir, est un agent hypnotisant de premier ordre. De même que dans le sommeil ordinaire, les analyses du sang ont montré que la quantité d'oxygène absorbée est beaucoup moindre que pendant la veille ; et que l'acide carbonique exhalé est également inférieur au taux normal. Le boldo a donc une action spéciale sur les cellules, dont il diminue les oxydations et les échanges.

M. OLLIVIER se fondant sur ce que la photographie microscopique donne des images, dont certains détails échappent complètement à l'œil nu, a été amené, en étudiant certaines préparations de botanique, aux résultats suivants. Les différentes cellules qui constituent les tissus des plantes, au lieu d'être partout closes par une membrane, et d'avoir les unes avec les autres des rapports purement endosmotiques, sont au contraire percées d une série d'orifices. Il a pu s'assurer, en employant des colorations variées, que le protoplasma de l'une passait facilement dans la cavité de l'autre, et qu'il y avait tout lieu de penser qu'un protoplasma unique s'étendait des feuilles aux racines.

M. Ch. FÉRÉ, sous le titre *Sensation et mouvement*, fait une communication qui fait suite aux trois notes précédentes, où il montre que les hallucinations et les sensations de tous les sens déterminent une exagération de la force dynamométrique, qui peut être unilatérale si l'hallucination est unilatérale, etc. Toutes les sensations ont donc une commune mesure. Les fonctions psycho-physiologiques peuvent, comme les forces physiques, se réduire à un travail mécanique. Certaines observations montrent que les sensations de l'agréable ou du désagréable sont mesurées par l'augmentation ou la diminution du potentiel. L'existence d'une mesure commune des sensations montre que les appareils des sens ne sont pas aussi complètement différenciés qu'ils le paraissent au premier abord; la trace de leur communauté de développement embryologique persiste. M. Féré montre que les sensations auditives sont, plus que les autres, susceptibles d'être mesurées, et il annonce un prochain travail sur ces mesures.

M. MÉGNIN dépose de la part de M. THIERRY, une note sur un *métis fécond* de porc et de sanglier.

M. ARLOING envoie une note dans laquelle il est dit que bien avant M. Ch. Richet, il avait publié et fait publier que la chaleur était très favorable à l'action de tous les toxiques.

M. RABUTEAU, qui est partisan de la génération spontanée, expose le résultat de ses recherches sur les *substitutions organiques*. Prenant pour exemple la constitution des os, il dit que les métaux qu'ils contiennent sont en quantité d'autant plus considérable que leur poids moléculaire est plus élevé, sans que toutefois celui-ci le soit assez pour que le métal soit toxique.

M. GELLÉ insiste sur la valeur de l'épreuve des pressions centripètes pour juger du fonctionnement de l'appareil biauriculaire.

M. REGNARD donne un procédé de dosage de la chlorophylle. GILLES DE LA TOURETTE.

Séance du 9 mai 1885. — PRÉSIDENCE DE M. HANOT.

M. D'ARSONVAL insiste sur la nécessité absolue qu'il y a d'employer des électrodes impolarisables pour étudier la polarisation des tissus organiques. En effet, on a cherché à expliquer l'*électrotonus* par cette polarisation secondaire des tissus. L'emploi des électrodes impolarisables démontre que cette polarisation n'existe pas; mais comme les électrodes de cette nature jusqu'alors employés sont d'un maniement difficile, M. d'Arsonval a fait construire un nouveau modèle qui réalise toutes les conditions désirables.

M. BROWN-SÉQUARD a injecté du sang de mammifère chez des oiseaux, et a vu que, quinze jours après l'opération, il persistait encore des globules d'oiseau; l'expérience inverse ne donne pas les mêmes résultats, car après quelques jours les globules d'oiseau ont disparu chez les mammifères. Les cellules se dissolvent-elles ou se transforment-elles? Les deux opinions semblent soutenables.

M. MALASSEZ fait remarquer que les globules d'oiseau étant plus volumineux que les capillaires des mammifères, il est possible que les débris des globules observés ne soient pas dus à une dissolution simple, mais bien à une fragmentation résultant de l'injection.

MM. BALZER et MÉNÉTRIER présentent le moulage et rapportent l'observation d'un *adénome sébacé* de la face et de la tête chez une jeune femme. Ce fait paraît être unique jusqu'à présent dans les annales scientifiques.

M. MALASSEZ présente une nouvelle chambre claire à angle variable qui offre de grands avantages pour les dessins microscopiques.

M. POUCHET présente, de la part de M. Wertheimer, une note sur la part que prendrait l'hypoglosse et les premiers nerfs cervicaux à la formation du plexus cardiaque; ces nerfs ne rentrent en aucune manière dans la composition du plexus.

M. LABORDE a pu constater sur la tête d'un supplicié que 28 minutes après la décapitation le réflexe pupillaire existait encore, mais peu accentué. A ce moment, l'excitation faible de la substance corticale et de la substance blanche sous-jacente dans sa région superficielle, donnait naissance, au niveau des centres moteurs, à des contractions du releveur de la paupière et des muscles masticateurs. La transfusion du sang exagère ces phénomènes, mais ne les prolonge pas.

M. WERTHEIMER envoie une note sur le *carpe des hyracoïdes*.

M. BLANCHARD remet une note de M. DEBIERRE sur l'historique et les fonctions de la valvule de Bauhin. Cette valvule a été découverte par Vésale, et, suivant certaines conditions déterminées, elle ferme ou ne ferme pas le gros intestin.

M. Ch. FÉRÉ donne la formule d'une loi psycho-mécanique des sensations de l'ouïe et de la vue, dont l'intensité est en rapport avec l'étendue des vibrations. M. Féré montre en outre qu'il existe une sorte de gamme des saveurs que l'on peut classer d'après leurs équivalents dynamiques : le sucré a un pouvoir dynamogénique faible, le salé a une action plus intense : plus grande encore est celle de l'amer. Beaucoup de substances agissent en même temps sur le goût et sur l'odorat, et leur action dynamogénique est complexe. L'auteur se propose de montrer que les odeurs sont susceptibles d'une classification du même genre. GILLES DE LA TOURETTE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 12 *mai* 1885. — PRÉSIDENCE DE M. BERGERON.

Election d'un membre correspondant national dans la première division. — Votants : 54 voix ; majorité 30. Au premier tour de scrutin, M. ROLLET est élu par 54 voix: contre 3 à M. Feltz et 2 à M. Manouvrier.

M. CORNIL fait une communication sur *l'érysipèle et l'antisepsie*, dont le but est de faire connaître la nature de l'agent virulent de l'érysipèle. Cet agent est un microbe qu'on rencontre dans toutes les formes de la maladie. Ces microbes ont été cultivés sur la gélatine par Fehleisen et Rosenbach ; ces microbes ronds, habituellement associés deux par deux ou en chaînettes sinueuses, peuvent être mêlés à d'autres microbes de maladies diverses. Le microbe de l'érysipèle est un streptococcus. Pour Rosenbach, il resterait une certaine différence entre le streptococcus érysipélateux et le streptococcus pyogène. L'examen des chaînettes au microscope, ne révèle aucune différence. En résumé, s'il existe encore un doute relatif à l'identité ou à la non-identité du streptococcus provenant de l'érysipèle et de celui qui existe dans certains phlegmons, il n'en est pas moins démontré que l'érysipèle est toujours causé par un streptococcus dont les sièges dans le tissu conjonctif, dans les plasmas lymphatique et sanguin, sont parfaitement connus.

M. MOTET fait une communication sur le *délire alcoolique homicide avec perte complète du souvenir.* — Cette communication vise deux observations de délire alcoolique suivi d'actes impulsifs, à l'occasion desquels leurs auteurs furent passibles de la cour d'assises. L'un fut interné, l'autre subit un jugement et fut condammé à cinq années de travaux forcés.

M. SANDRAS lit une note concernant les *modifications de la voix humaine obtenues au moyen des inhalations.*

M. DEBOUT-D'ESTRÉES lit une *étude sur la goutte des glandes*, qu'il résume dans les conclusions suivantes : Les travaux les plus récents sur la goutte, s'étendent longuement sur la goutte viscérale et goutte dans les organes, mais ils sont muets sur la goutte des glandes. Il existe néanmoins de véritables accès de goutte siégeant dans le testicule et dans la parotide, et alternant avec des accès franchement articulaires. Dans les faits de goutte parotidienne, cette alternance est nettement accusée. L'existence de l'orchite goutteuse ne saurait être mise en doute après la discussion récente de la Société médicale des hôpitaux.

M. BINET fait une communication sur *l'influence des eaux de Saint-Honoré sur la capacité vitale et la sécrétion urinaire.*

M. PROUST fait la lecture d'un rapport officiel sur les *eaux minérales.* A. J.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 17 *octobre* 1884. — PRÉSIDENCE DE M. CORNIL.

9. Grossesse avec fibrome utérin; avortement à 3 mois et demi. — Rétention placentaire. — Mort par péritonite, par M. TISSIER, interne des hôpitaux.

La nommée Bonn..., âgée de 33 ans, sans profession, entre le 28 juin 1884, au n° 34 de la Salle Sainte-Claire (service du Dr SIREDEY).

Ses parents vivent encore et se portent bien. Dans sa jeunesse elle n'a fait aucune maladie. Réglée pour la première fois à 14 ans, elle a toujours eu ses mois avec la plus grande régularité, chaque période mensuelle durant en moyenne cinq jours. Elle s'est mariée voilà deux ans, n'a pas encore eu d'enfant, ni fait de fausse couche. De tout temps, à ce qu'elle raconte, elle a remarqué que son ventre était gros ; mais, n'en ayant jamais souffert, elle n'a pas consulté à ce sujet. Au mois de mars dernier, les règles. qu'elle attendait vers le 6 ou le 7. ne vinrent pas et depuis n'ont pas reparu. A dater de la même époque, le ventre, déjà gros, sans que la malade s'en fût préoccupée, prit un accroissement progressif et rapide. En même temps les seins se tuméfiaient légèrement. et, depuis la fin d'avril, presque tous les matins, des envies de vomir se sont fait sentir, suivies généralement du rejet d'un peu de matière bilieuse, quelquefois traversée de filets sanguinolents. Peu à peu l'appétit a disparu, les forces ont diminué. Il n'y avait cependant aucune souffrance caractérisée. Vers le milieu de mai, la jambe droite fut le siège d'une enflure indolente qui persista plus de trois semaines et se dissipa lentement.

Au commencement de juin, la malade remarqua que son ventre continuait à se développer et s'aperçut alors qu'il s'était formé, au-dessus du nombril, une grosseur très facilement reconnaissable à la main, tout à fait indolente à ce moment. Un peu plus tard, vers le 15 juin, cette grosseur devint tout d'un coup le siège de douleurs très vives, obligeant à prendre le lit, douleurs qui n'ont qu'en partie cessé les jours suivants et en fin de compte ont amené la malade à notre consultation. Ces dernières semaines l'amaigrissement et l'affaiblissement ont fait des progrès. Il ne s'est rien produit d'irrégulier, ni du côté des gardes-robes, ni du côté de la miction, ni vers aucun des grands appareils. La malade n'a jamais senti de mouvements dans le ventre, ni perdu de liquide par le vagin. Actuellement, le ventre est gros comme celui d'une femme enceinte de 7 mois et irrégulièrement tendu. A la vue on distingue plusieurs tumeurs séparées remplissant l'abdomen : Au-dessus du pubis bombe une masse vaguement arrondie, volumineuse, située sur la ligne médiane, remontant jusqu'au-dessus du nombril et s'étendant vers le côté droit dans la fosse iliaque.

Une autre grosseur soulève le flanc et l'hypochondre gauches et la région épigastrique contournant et surplombant à la manière d'un cimier la précédente tumeur dont elle est séparée par une dépression manifeste. Le palper confirme ces données et permet de les préciser. La première tumeur, occupant l'hypogastre et la région de l'ombilic, mesure, dans le sens vertical, 24 cent.,5, et dans le sens horizontal (la femme supposée debout) 28 cent. Sa forme est celle d'un utérus gravide élargi à la base et se prolongeant à droite au-dessus du ligament de la cuisse jusqu'au milieu de la fosse iliaque en une masse rénitente. Sa consistance est inégale : dans la moitié droite et inférieure, on éprouve une sensation de dureté uniforme tandis que la moitié gauche laisse percevoir une vague sensation de mollesse faussement fluctuante. La tumeur est uniformément mate en toute son étendue, à peine mobile dans la profondeur. A son niveau la peau ne présente aucun caractère particulier à signaler. Par l'auscultation on ne perçoit aucun battement distinct du pouls radial ; sur le côté gauche la compression avec le stéthoscope fait entendre un souffle diastolique artériel synchrone à la systole du cœur.

La seconde tumeur, plus haut placée, coiffant la première comme nous avons dit, remplit tout le creux épigastrique, l'hypochondre et le flanc gauches et descend jusque dans la fosse iliaque. Verticalement dans le côté gauche elle mesure 12 cent.,5; dans la région épigastrique, elle dépasse vers la droite la ligne médiane de 11 cent. Sa surface est lisse, égale dans toute l'étendue. Elle est dure et mate sans souffle ni battement. Un sillon facilement visible, plus appréciable à la main, la sépare de la tumeur hypogastrique. Ce sillon, très étroit à la partie supérieure, s'élargit en gouttière à mesure qu'on descend vers la fosse iliaque. Dans cette dernière portion la sonorité à la percussion démontre l'interposition d'anses intestinales entre les deux tumeurs.

Le toucher vaginal fait reconnaître au fond du vagin une tumeur dure, arrondie comme une tête de fœtus, située légèrement vers la droite. Quant au col, impossible de le découvrir. Ce n'est qu'après de laborieuses recherches qu'on le reconnaît en avant et à gauche, très élevé, au-dessus du pubis. Par l'exploration rectale le doigt arrive en avant sur la même tumeur ronde et dure.

La vessie est petite et se vide facilement. — Le foie a gardé sa place et ses dimensions normales. La rate est per-

due derrière la masse qui remplit l'hypochondre. Les seins ne sont pas très gros, ne présentent pas de tubercules de Montgommery apparents et n'ont pas de coloration brune bien prononcée. La ligne blanche n'offre aucune trace de pigmentation ; le cœur, les poumons, les ganglions lymphatiques sont intacts. Pas de température fébrile. Qu'il s'agît d'une grossesse? ce n'était guère douteux; mais d'une grossesse sûrement insolite. De quel âge ? de trois à quatre mois à s'en rapporter à la malade. Quant aux tumeurs? la première, la tumeur hypogastrique, était liée vraisemblablement à l'utérus et s'opposait à ce qu'on pût précisément déterminer la situation et les dimensions de celui-ci. La seconde, tumeur indépendante, était peut-être constituée par l'œuf tombé et développé en dehors de l'utérus, enveloppé de fausses membranes. Cette hypothèse était très soutenable. Il se pouvait que l'utérus se fût développé à vide, flanqué d'un fibrôme, cause mécanique première de la grossesse ectopique, pendant que le produit de conception se greffait, croissait et s'étendait dans la fosse iliaque provoquant autour de lui la formation d'exsudats.

Cette opinion n'était pourtant pas celle de M. Siredey. La consistance particulière et surtout l'absence des signes réactionnels de la péritonite l'empêchaient d'adopter cette manière de voir. Pour lui la grossesse, plus que probable, était intra-utérine. L'utérus gravide avait sa paroi droite garnie d'un volumineux fibrôme. La tumeur de gauche était d'une interprétation moins facile. Peut-être était-elle née de l'ovaire de ce côté? La suite devait se charger de compléter le diagnostic. Les jours qui succédèrent au jour d'entrée, la malade un peu fatiguée, fut mise au repos absolu. Cependant. le 6 juillet; il y eut un frisson avec élévation de la température à 39°,8. Le lendemain, 7 juillet, deuxième frisson, température 39°,4, avec perte de liquide mêlé de sang.

Le 8 juillet au matin, le thermomètre monte à 41°,4 ; l'écoulement de sang et de liquide aqueux s'est renouvelé dans la nuit. A la visite on constate que la tumeur hypogastrique médiane a augmenté de volume dans le sens vertical, en refoulant dans l'hypochondre la tumeur annexée. La malade souffre beaucoup et M. Siredey annonce une fausse couche prochaine. L'événement lui donne immédiatement raison. Pendant qu'on était encore autour du lit, la malade pousse un cri ; elle venait d'expulser un embryon de trois mois et demi environ. Le toucher pratiqué en ce moment fait sentir la même masse globuleuse et dure sentie le premier jour, au fond du vagin; mais cette fois un peu plus déjetée vers la droite. En suivant le cordon très grêle, on arrive plus facilement sur l'orifice du col béant, toujours très élevé, à peine accessible.

Pendant les instants qui suivent l'expulsion du fœtus, la malade accuse des douleurs de coliques et l'on voit toute la partie gauche de la tumeur hypogastrique durcir, et, au milieu de la masse globuleuse qu'elle forme se détache en relief sous la peau, un noyau marronné de la grosseur d'une noix. Les contractions cessant, cette apparence disparaît.

Dans la journée du 8, il s'écoule un peu de sang rouge, trop peu pour inspirer des craintes. Injections phéniquées, compresses phéniquées, etc. Le soir la température a baissé à 37° ; il n'y a pas eu d'hémorrhagie. La délivrance n'est pas faite, et l'on ne peut songer, avec la masse enclavée dans le bassin, à faire pénétrer la main dans l'utérus ; il y a tout juste la place suffisante pour introduire une sonde.

Le lendemain et les jours suivants, le thermomètre passe 39°,5 et 40°, avec des abaissements à 38°. On fait deux fois par jour d'abondantes irrigations phéniquées de l'utérus, qui ramènent un liquide rougeâtre fétide, des caillots et des débris de placenta. Chaque injection n'est arrêtée que si le liquide revient limpide. En outre, il est fait toutes les deux à trois heures, des injections vaginales désinfectantes. Opium, sulfate de quinine et Todd.

La malade n'a eu qu'une fois un long frisson ; mais elle pâlit, s'altère. Le ventre devient sensible à la pression.

Le 9 juillet au soir, le 10 juillet au matin il était sorti des débris placentaires importants. Le 13 juillet au soir, il en sort encore un volumineux morceau demi putréfié. Toute la journée du 13, il y avait eu des vomissements, la température à 39° le matin, s'élève le soir à 40°.

La nuit du 13 au 14 fut très pénible. Les vomissements bilieux étaient incessants et continuèrent le lendemain. Le ventre est ballonné, intolérant de la moindre pression. Morphine, éther, cognac, glace sur le ventre. Mort à 3 heures 1/2.

Autopsie le 15 juillet, 24 heures après la mort. — A l'ouverture de l'*abdomen* il s'écoule une certaine quantité de liquide purulent mêlé de grumeaux de pus. Les *intestins* congestionnés, recouverts de fausses membranes agglutinées les unes aux autres, se laissent assez facilement détacher. Au-dessus des pubis apparaît une masse énorme qui refoule en haut et sur les côtés les viscères abdominaux. Cette masse recouverte de fausses membranes est composée de deux fibrômes irrégulièrement sphériques, séparés l'un de l'autre en avant et surtout en bas par des anses intestinales (qui faisaient croire pendant la vie à deux tumeurs indépendantes) reliés l'un à l'autre en arrière par l'intermédiaire de l'utérus. L'*utérus* volumineux mesure du col au fond 21 centim.; sa face antérieure est soulevée en son milieu par un noyau blanchâtre fibromateux, gros comme une forte châtaigne. De chacun des bords se détache le ligament large contenant les trompes et l'ovaire à l'état normal. En arrière de l'insertion du ligament, de chacune des cornes utérines, émerge un pédicule gros comme un poignet d'enfant, très court : à ces deux pédicules font suite les deux masses fibromateuses signalées. A gauche le fibrome, gros comme une tête d'adulte, se porte en haut et à gauche vers la rate, puis à droite au-dessus de l'utérus. A droite, au contraire, la masse fibreuse ayant une forme presque conique, se dirige en bas, s'appliquant exactement contre la face postérieure et le bord droit de l'utérus, paraissant faire corps avec ce dernier. Son extrémité en pain de sucre, bombe dans le vagin le long du bord droit du col utérin qu'elle dépasse. Ainsi les deux *fibrômes* presque aussi volumineux, se branchant au même niveau, se dirigent et s'incurvent en deux directions diamétralement opposées, formant une sorte d'S italique en sens inverse dont le fond de l'utérus est le milieu. L'un se porte à gauche d'abord, puis en haut et à droite, l'autre à droite, puis en bas et légèrement à gauche. Le poids des deux tumeurs, de l'utérus et du vagin est de 4 kilogr. 850 gr. Les deux fibrômes ont un tissu très dur, blanchâtre, résistant à la coupe, l'un et l'autre contiennent quelques géodes de petites dimensions (à loger une noisette) remplies de liquide peu dense de couleur marron. L'utérus, dans toute sa moitié inférieure, comprimé entre le fibrôme droit et la paroi pelvienne gauche, est allongé en boyau. Sa cavité est tapissée d'une muqueuse tomenteuse, grisâtre et sanieuse. A la partie la plus élevée, sur la paroi postérieure, on voit encore adhérer un lambeau placentaire solidement fixé, gros comme les deux pouces. Sur les côtés de l'utérus, au niveau de l'insertion ligamenteuse, la section ouvre quelques canaux remplis de pus.

Rien d'important à noter du côté de la vessie, du vagin, du rectum, du foie (1550 gr.), de la rate, du cœur ou des poumons. L'estomac contient du liquide porracé ; les deux uretères sont dilatés, du diamètre du petit doigt ; les bassinets sont distendus et la substance corticale, blanchâtre, atrophiée, a subi sur une grande partie de son étendue la dégénérescence graisseuse.

Réflexions. — Notre observation montre que chez une femme, affligée depuis longtemps sans doute de *fibrômes latents*, la grossesse a pu cependant se produire. Cette grossesse imprima aux fibrômes persistants une allure toute différente de la marche antérieure. Il se fit rapidement un accroissement énorme des tumeurs qui, par leur disposition s'opposèrent au développement de l'utérus et à la continuation de la grossesse et devinrent après l'avortement, comme en témoigne l'examen des pièces, un obstacle absolu à toute intervention libératrice. L'utérus contenant l'œuf entier pouvait se contracter avec assez d'énergie

pour chasser l'embryon à travers l'étroite filière qui lui était laissée ; mais, une fois vidé en partie, sa courbe musculaire relâchée n'avait plus assez de prise en quelque sorte pour se contracter utilement sur le placenta qui séjourna dans la cavité, s'y putréfia et fut cause de la mort.

10. M Tuffier fait voir un cas de *coxalgie ancienne*. La vessie adhérait à l'os iliaque. La lithotritie pratiquée pour un calcul vésical, amena la production d'un abcès crural communiquant avec la vessie.

11. M. Valude montre une petite *exostose* développée sur la troisième côte, chez un jeune homme de 14 ans d'ailleurs bien portant. On trouve à son point d'implantation du cartilage normal en voie régulière d'ossification.

M. Cornil, se basant sur l'insertion de cette tumeur osseuse à 1 ou 2 millimètres seulement du cartilage costal, signale la possibilité d'une ecchondrose secondairement ossifiée.

12 M. Toinot fait voir les pièces anatomiques d'un individu qui avait succombé à des *abcès multiples du foie*. Il existait de la pyléphlébite, dont le point de départ était l'appendice cœcal. On suivait jusqu'au hile du foie, à partir de cet appendice, une veine mésentérique enflammée et thrombosée.

13. Un cas d'ainhum ; par Albert Ruault.

La pièce que j'ai l'honneur de présenter à la société provient d'un métis hindou malgache, de l'Ile de la Réunion. Cet homme, âgé d'environ 50 ans, de très bonne santé d'ailleurs, avait depuis deux ans et demi le petit orteil du pied droit atteint d'*ainhum*. Une bride fibreuse avait pris naissance à la partie interne de cet orteil, au niveau du pli digito-plantaire. Depuis quelques mois, le doigt malade, déjeté en dehors, était sujet à des chocs douloureux pendant la marche (le sujet marchait pieds nus), et c'est là ce qui détermina le malade à demander une intervention. — En raison de la fréquence du tétanos, chez les hommes des races colorées à l'Ile de la Réunion, à la suite des opérations, exécutées à l'aide de l'instrument tranchant, sur les extrémités inférieures, l'ablation a été faite au moyen du couteau thermo-cautère. La section porta au niveau de l'anneau fibreux incomplet, au point rétréci. Il ne s'écoula que quelques gouttes de sang, du côté externe ; cependant, en pressant sur le doigt après son ablation, on fit sortir un peu de sang, ce qui démontre que les vaisseaux étaient restés perméables. L'os était encore assez résistant, et il a fallu, pour le sectionner, porter la température du couteau au rouge blanc.

J'ai présenté cette pièce en raison de la rareté des faits de ce genre examinés en Europe, et aussi parce que la lésion, encore peu avancée, fait bien saisir comment évolue la maladie. L'anneau fibreux entoure environ les 2/3 tiers de l'orteil malade, et manque totalement en un point de la partie externe ; l'extrémité de l'orteil n'a encore que peu augmenté de volume ; la phalange paraît encore saine.

L'examen microscopique sera fait ultérieurement, bien que les travaux récents parmi lesquels le meilleur et le dernier en date est le mémoire de Suchard, aient bien fait connaître anatomiquement cette maladie, et montré que le processus est dans ces cas analogue à celui qui donne lieu aux amputations congénitales.

L'étiologie est inconnue.

Séance du 24 *octobre* 1884. — Présidence de M. Cornil.

14. Chondrôme ossifiant malin de la main droite, développé dans les tendons extenseurs, opéré pour la première fois en 1882. — Récidive sur place. — Nouvelle opération au mois de juillet 1883. — Nouvelle récidive sur place. — Troisième opération ; par G. Phocas, interne des hôpitaux, aide d'anatomie de la Faculté.

La nommée Rein..., âgée de 43 ans, femme de ménage, est entrée le 14 octobre 1884 (service de M. Lefort, suppléé par M. Paul Segond).

Antécédents héréditaires. Son père est mort d'un cancer de l'estomac. Sa mère est morte de fièvre typhoïde. Une de ses sœurs est morte d'un cancer de la matrice, à l'âge de 48 ans.

Antécédents personnels. Réglée à l'âge de 13 ans, ses règles ont été depuis régulières. Mariée à l'âge de 20 ans, elle n'a eu qu'un enfant, qui est bien portant. Elle n'a jamais fait de maladie sérieuse, et, à part quelques migraines auxquelles elle est sujette tous les mois, on ne trouve dans ses antécédents morbides, aucun autre signe du vice arthritique ou une autre maladie constitutionnelle.

Le premier début de la tumeur remonte à 16 ans. A cette époque le mal débuta par une rougeur entre le médius et l'annulaire de la main droite ; bientôt après elle vit apparaître à la face dorsale de la première phalange du médius droit, une grosseur du volume d'une tête d'épingle, à laquelle elle ne fit presque pas attention. Pendant 12 ans, cette grosseur resta à peu près stationnaire, puis, elle s'est développée progressivement et elle a atteint le volume d'une grosse noisette vers 1882.

C'est alors que la malade entra dans le service de M. Terrier, à l'Hôpital Saint-Antoine, pour se débarrasser de cette grosseur, gênante par son volume et sa position, mais nullement douloureuse.

M. Terrier fit l'énucléation de la tumeur et la malade sortit de l'hôpital guérie au bout de peu de temps. Sept mois se passèrent de la sorte, et, au bout de cet espace de temps, vers le mois de janvier 1883, la tumeur réapparaissait au même endroit. Cette fois, elle prit, en même temps un accroissement considérable, gagna toute la circonférence du médius, et la première phalange de ce doigt avait triplé de volume lorsque la malade entra dans le service de M. le professeur Trélat, pour se faire opérer ; c'était au mois de juillet. M. Trélat pratiqua la désarticulation du médius et l'amputation dans la continuité du métacarpien vers son tiers inférieur. De plus, ayant constaté l'existence de la tuméfaction du ganglion épitrochléen, il en fit l'extirpation. Les plaies se réunirent par première intention, et la malade sortait guérie pour la deuxième fois.

Au bout de cinq mois, nouvelle récidive au niveau de la première phalange de l'annulaire ; la tumeur fit d'abord saillie à la face palmaire, elle gagna ensuite les parties latérales de la face dorsale ; enfin, un tubercule nouveau apparut sur le dos de la main. Depuis 3 mois la malade ressent quelques picotements. C'est pour cettte troisième récidive qu'elle entre à l'hôpital Necker, dans le service de M. Segond.

État actuel. Femme bien constituée, dans un état général très satisfaisant, avec l'embonpoint conservé. On voit la cicatrice linéaire de la plaie opératoire qui a servi pour l'extraction du métacarpien. A côté de la partie supérieure de cette cicatrice et sur l'annulaire on voit la tumeur récidivée. Cette tumeur est bosselée dans son ensemble. Elle est située sur l'annulaire droit, en contact avec la première phalange de ce doigt ; le tiers de sa masse occupe la face palmaire ; les deux tiers occupent la rainure interdigitale entre l'annulaire et le médius enlevé, et font saillie à la face palmaire de l'annulaire. La peau passe sur la tumeur en conservant ses caractères de souplesse et de conformation normale au niveau de la portion palmaire de la tumeur ; mais, sur le reste de son étendue, la peau devient amincie, adhérente à la masse et offre quelques veinosités. Le maximum d'amincissement répond au niveau de la rainure interdigitale, qui est le point culminant de la tumeur. La tumeur elle-même est constituée de trois bosselures reliées entre elles ; l'une, c'est la plus petite, occupe la face palmaire de la phalange ; la seconde, le sillon interdigital ; la troisième, la face dorsale. Le doigt est entouré dans les deux tiers de son bord cubital par la tumeur, qui, en tout, offre le volume d'une grosse noix. La consistance de la tumeur est dure, un peu élastique, cartilagineuse. Elle n'est point transparente ni translucide. Si on cherche à lui imprimer des mouvements et se rendre compte de ses connexions, on s'aperçoit qu'il est facile de

la mouvoir en différents sens, et qu'elle ne paraît nullement adhérente à l'os. Les mouvements des doigts sont libres, la flexion s'effectue avec la plus grande facilité mais l'extension n'est pas complète. Au niveau de la face dorsale de la main, à la partie moyenne du deuxième métacarpien, on sent sous la peau un tubercule gros comme un petit pois, mobile, se mouvant avec le tendon de l'index, de consistance ferme, ayant les mêmes apparences de texture que la tumeur principale. Dans l'aisselle il n'y a pas de ganglions. Toutes les fonctions s'accomplissent normalement. Enfin, comme signes fonctionnels, nous devons noter la gêne pour les mouvements de la main, et quelques picotements de l'annulaire.

En présence de cette nouvelle récidive, l'indication d'une intervention chirurgicale était formelle. La nature du néoplasme, le caractère local de la récidive, l'absence de tout retentissement ganglionnaire permettaient d'éviter une intervention par trop radicale et de ne point amputer, par exemple, l'avant-bras dans sa continuité. Par contre, la marche du mal commandait de ne pas se contenter d'une simple énucléation. Dès lors, les deux seules opérations rationnelles étaient : soit une amputation partielle portant sur toute la partie de la main comprise entre le premier et le cinquième métacarpien, soit une désarticulation du poignet. La première de ces opérations était à la rigueur praticable. On pouvait désarticuler les deuxième et quatrième métacarpiens, et conserver une pince constituée par le pouce et le petit doigt. Mais, pour exécuter convenablement cette opération, pour conserver une quantité de parties molles permettant de recouvrir et les deux métacarpiens respectés et la rangée carpienne inférieure, il aurait fallu tailler les lambeaux dans le voisinage immédiat de la masse néoplasique principale et du noyau secondaire adhérent au tendon extenseur de l'index. Tout au contraire, la désarticulation du poignet par une méthode tenant le milieu entre la méthode elliptique et la méthode circulaire, permettait de porter le couteau à bonne distance des parties malades. Dans ces conditions, l'hésitation ne pouvait être de longue durée, et le désir de conserver à la malade une pince, d'ailleurs bien imparfaite, devait s'effacer devant la nécessité de faire une ablation assez large pour prévenir, dans la mesure du possible, toute récidive ultérieure. La désarticulation du poignet fut donc décidée, et M. Paul Segond la pratiqua le 17 octobre, en ayant recours, pour la coupe des parties molles, au procédé mixte que nous avons signalé.

Malgré l'observation rigoureuse des règles de la chirurgie autoplastique, la réunion superficielle a presque complètement manqué, sauf à la partie moyenne. La malade, impressionnable, a eu ses règles en avance de quatre jours. Elle a eu de la fièvre dès le premier soir ; le troisième jour, on a été forcé d'enlever les fils d'argent, et, comme la plaie suppurait, de supprimer le pansement de Lister, qui n'avait plus de raison d'être, et de substituer un pansement humide quotidien, avec lavages répétés et surveillance attentive de la plaie et des environs.

Sous l'influence de ce pansement, la plaie s'est détergée et la malade est aujourd'hui complètement guérie. Nous ajouterons que le moignon, complètement cicatrisé, est mobile sur les parties profondes. Seule, la cicatrice superficielle est un peu irrégulière.

Examen anatomique de la pièce. Cicatrice du médius longue de 5 centimètres. La tumeur adhère à la partie supérieure de cette cicatrice. — *Dimensions* : Longue de 5 cent., 4 cent. de large. — *Direction :* Grand axe oblique en bas et en dedans. — *Conformation extérieure :* La tumeur est constituée, comme on a pu le constater pendant la vie, de trois lobes, qui forment deux portions : une portion palmaire et une autre dorsale. La portion palmaire est formée par un petit lobe, long de 2 cent., large de 1 cent. 1/2, appliqué sur la gaine du fléchisseur. La portion dorsale est formée de deux lobes, longs de 3 cent. sur 2 cent. de largeur. La tumeur s'interpose entre l'annulaire qu'elle rejette en dedans et l'index. Par son extrémité supérieure, elle arrive presque à l'extrémité inférieure de la première phalange de l'annulaire ; par son extrémité inférieure, elle touche la partie supérieure de la cicatrice, qui est restée après l'extraction du troisième métacarpien. Ces deux portions de la tumeur sont réunies entre elles par une partie rétrécie ou col. Ce col répond au niveau de la cicatrice. Sa couleur est d'un blanc grisâtre.

Rapports, Connexions : La peau peut être facilement disséquée, mais, au niveau de la bosselure interdigitale, elle devient extrêmement mince, adhérente et ne peut être disséquée, sans entraîner avec elle de petites portions de la tumeur. Elle contracte avec la *gaine du fléchisseur* les rapports suivants : la gaine du fléchisseur de l'annulaire est repoussée vers le bord cubital. Mais on peut constater que la tumeur, dans son ensemble, glisse sur cette gaine par l'intermédiaire d'un tissu cellulaire lâche. La gaine est saine, et les tendons fléchisseurs le sont à plus forte raison. La tumeur, à la face dorsale, adhère, au contraire, intimement à l'expansion que les interosseux et les lombricaux envoient au *tendon extenseur;* elle n'adhère pas à l'extenseur lui-même. Les *os* sont complètement indépendants de la tumeur. Le *nerf collatéral* externe de l'annulaire passe à travers la tumeur en se creusant un canal. *Conformation intérieure :* Le bistouri ne la coupe qu'avec la plus grande difficulté. Sa couleur, à la coupe, est uniformément d'un blanc grisâtre, grenue, formée par des petits amas calcaires ou osseux. — *Noyau indépendant :* Ce noyau, qu'on sentait sous la peau du deuxième métacarpien, est formé par le même tissu que la tumeur. Il est indépendant de la peau et de l'os ; il adhère au contraire aux deux tendons de l'index, avec lesquels il est enclavé.

Structure : Examen microscopique pratiqué par M. Suchard, chef du laboratoire d'histologie à l'hôpital Necker, qui, avec sa complaisance habituelle, a bien voulu nous donner la note suivante : Les tissus de la tumeur, après avoir été fixés par l'alcool, ont été décalcifiés par l'acide picrique. Le durcissement était complété par l'action de la gomme et de l'alcool. Des coupes ont été pratiquées dans la tumeur de manière à en comprendre la totalité. Sur ces coupes colorées à l'aide du picrocarminate d'ammoniaque et conservées dans la glycérine, additionnée d'acide formique, on constate que la tumeur est constituée de la manière suivante : 1° Une couche de tissu fibreux qui forme autour de la tumeur un périchondre, l'enveloppant dans toute son étendue ; — 2° Sous ce tissu conjonctif, on remarque une couche mince de substance cartilagineuse, renfermant des cellules ; un grand nombre de ces cellules sont mises en liberté par la rupture des capsules et s'entourent de substance cartilagineuse calcifiée : — Le centre de la tumeur est formé par des îlots de substance cartilagineuse calcifiée : dans cette substance on remarque des cellules, dont les unes sont arrondies et ovalaires, comme des cellules de cartilage, et dont les autres présentent déjà les caractères des corpuscules osseux. Nulle part, le tissu cartilagineux calcifié ne paraît formé des lamelles alternatives, homogènes et striées comme on le remarque dans le tissu osseux. Entre les îlots calcifiés se trouvent des espaces comblés par un tissu conjonctif jaune, renfermant des vaisseaux et formant un tissu médullaire. Le diagnostic de la tumeur ainsi constituée est donc le suivant : *Chondrome ossifiant.* On pourrait aussi faire rentrer cette tumeur, malgré l'ossification qu'elle a subi, dans le groupe des chondro-fibromes de Virchow. Mais il semble, d'après un travail présenté par M. Ranvier à la Société anatomique, en 1865, que la présence des tissus fibreux de la tumeur ne suffit pas pour en faire une classe à part.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 8 mai 1885. — Présidence de M. Vidal.

M. Chauffard présente des pièces de *pyélo-néphrite calculeuse* provenant d'une opération faite par M. Polaillon. Cette néphrectomie a été suivie d'un succès complet. Il s'agit d'une femme de 27 ans, qui souffrait beaucoup au

niveau du flanc gauche. Des crises douloureuses fréquentes tourmentaient la malade depuis son enfance. On sentait nettement l'existence d'une tumeur lombaire fluctuante; la miction était régulière, les urines n'étaient pas sanglantes, mais chargées de muco-pus. Le diagnostic de pyélite calculeuse fut posé et vérifié par l'opération. Une ponction exploratrice donna issue à un liquide purulent; une injection de fuchsine dans la poche montra que le calcul supposé n'oblitérait pas complètement l'uretère. M. Polaillon a fait part à l'Académie des résultats opératoires et anatomo-pathologiques de ce cas intéressant. Un calcul plus gros que le pouce, ramifié, oblitérait en partie l'entrée de l'uretère. Le microscope a montré à M. Chauffard une altération profonde des canalicules et des épithéliums du rein. Il existait en même temps de la néphrite interstitielle. L'intervention radicale était donc parfaitement justifiée.

M. Kelsch fait une communication sur la *fièvre rémittente gastrique*. Il a eu l'occasion d'en recueillir de nombreuses observations pendant le siège de Paris et la campagne de Tunisie. Cette fièvre confine d'une part à l'embarras gastrique fébrile et d'autre part à la fièvre typhoïde.

M. Moizard communique une observation d'*hydropneumo-péricarde*. Il s'agit d'une femme de 56 ans, dyspepsique et presque cachectique, n'ayant pas de maladie du cœur à son entrée à l'hôpital; plus tard, on perçoit un bruit métallique, puis un véritable *bruit de moulin*. Les troubles cardiaques apparaissent alors et la malade succombe. A l'autopsie, on trouve une communication entre le péricarde et l'estomac; en somme, il y avait un vaste ulcère de l'estomac qui avait déterminé la perforation du diaphragme et du péricarde. J. Comby.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 22 avril 1885. — Présidence de M. Duhomme.

M. Dujardin-Beaumetz présente de la part de M. Larger un nouvel injecteur dont M. C. Paul dit avoir vu et acheté des modèles presque identiques il y a plusieurs années.

M. Tanret a fait des recherches spéciales pour déterminer la formule exacte du *terpinol*. Il conclut que ce corps, tel qu'on l'obtient en faisant agir de l'acide sulfurique très dilué sur de la terpine, est un mélange en proportions variables d'un carbure isomère de l'essence de térébenthine et d'un monohydrate de térébenthène.

M. Huchard a recueilli plusieurs faits relatifs à des accidents produits par l'administration de l'iodure de potassium. Outre les cas ressortissant à l'iodisme habituel, tels que gonflement des paupières, œdème érysipélateux de la face et même purpura iodique, il insiste plus particulièrement sur deux cas. Le premier a trait à une malade qui, pour un anévrysme, avait pris 3 grammes d'iodure de potassium et 4 grammes de bromure, et chez laquelle survint une dyspnée si violente qu'elle inspira de sérieuses inquiétudes. Le second, des plus intéressants, se rapporte à un tabétique syphilitique chez lequel se montra, aussitôt l'administration du médicament, un œdème assez marqué de la luette. On suspendit l'usage de l'iodure; mais, après une nouvelle prise, survint une dyspnée très violente. L'examen laryngoscopique pratiqué par M. Gouguenheim montra une occlusion presque complète de la glotte par spasme et une petite tumeur œdémateuse siégeant dans le tissu cellulaire de la muqueuse laryngée. La suffocation devint si dangereuse qu'on dut pratiquer la trachéotomie : le malade est, d'ailleurs, guéri aujourd'hui. En présence de ces faits, et de ce dernier surtout, qui ne pouvait être attribué à une crise laryngée tabétique, M. Huchard a fait pratiquer avec grand soin l'analyse chimique de l'iodure de potassium qu'il emploie tant à la ville qu'à l'hôpital et a pu constater qu'il contenait 91 0/0 d'iodure de potassium chimiquement pur et 9 0/0 de substances étrangères. Peut-être les iodates sont-ils à incriminer dans la circonstance?

M. Lereboullet, qui alors qu'il était interne de Küss à Strasbourg, a vu donner dans la syphilis l'iodure de potassium jusqu'à la dose de 33 grammes par jour, a constaté qu'il existait des idiosyncrasies toutes particulières et que la tolérance dépendait beaucoup plus de l'individu en traitement que du médicament employé. A propos de son emploi chez les cardiaques, il a remarqué, avec M. Potain, que ce médicament très utile dans les affections aortiques devait être donné à des doses minimes de 25 à 30 centigrammes, quitte à le continuer pendant très longtemps.

M. E. Labbée cite un cas d'aphonie survenu dans des circonstances analogues à celles signalées par M. Huchard.

M. C. Paul emploie également l'iodure à doses minimes prolongées, chez les aortiques, et non seulement il a obtenu de grandes améliorations, mais il a certainement guéri plusieurs cas d'athérome.

M. Vigier a souvent fait l'analyse de l'iodure qu'il délivre dans sa pharmacie : le taux de pureté varie de 90 à 95 0/0 ; les substances résiduales sont inoffensives et particulièrement les iodates qui ne s'y retrouvent du reste qu'en quantité très minime.

M. C. Paul, qui a souvent prescrit l'iodate de potassium, le croit inoffensif.

M. Huchard a également remarqué les excellents effets de l'iodure de potassium dans l'angine de poitrine qui, selon lui, prend sa source dans le système artériel. Il le donne à la dose de 1 gramme par jour pendant deux ans et même plus, et il est absolument certain d'avoir obtenu des guérisons définitives. Gilles de la Tourette.

BIBLIOGRAPHIE

Histoires, disputes et discours des illusions et impostures des diables, des magiciens infâmes, sorcières et empoisonneurs : des ensorcelez et démoniaques et de la guérison d'iceux : item de la punition que méritent les magiciens, les empoisonneurs et les sorcières, par Jean Wier; 2 vol. in-8 de 1,200 pages avec le portrait de l'auteur, réédités sur l'impression de 1579, par Bourneville. — Paris, 1885, bureaux du *Progrès médical*.

La *Bibliothèque diabolique* fondée par M. Bourneville, vient de s'enrichir d'une œuvre magistrale qui partagera certainement le succès du *Sabbat des Sorciers* et de ce curieux *Procès verbal fait pour délivrer une fille de Louviers du malin esprit*. Le Jean Wier était devenu introuvable : aussi, est-ce une véritable bonne fortune que de posséder désormais dans toute son originalité l'histoire la meilleure et la plus complète qui ait jamais paru sur la Sorcellerie.

Jean Wier naquit à Grave-sur-Meuse en 1515. Il était d'une bonne famille plébéienne, *honestissimo domo natus*, comme il le dit quelque part avec fierté à un prince qui étalait devant lui ses nombreux titres. Elève du célèbre Agrippa qui fut tour à tour soldat, médecin, avocat, et dont Rabelais nous a laissé un portrait si vivant, il emprunta à son maître, avec ses qualités d'observation, un esprit critique, un fonds de scepticisme qui se révèle à chaque page de son livre. Après avoir longtemps voyagé pour s'instruire et publié divers ouvrages de médecine qui furent alors justement appréciés, Jean Wier se fixa à la Cour du duc Guillaume, seigneur de Clèves, Julius et Berg, qui le nomma son premier médecin. Ce fut là qu'il réunit ses nombreux matériaux sur la Sorcellerie qu'il avait été étudier tout particulièrement jusqu'en Afrique et qu'il fit imprimer les six livres des *Histoires, disputes et discours* qui forment les deux volumes que la Bibliothèque diabolique offre à ses lecteurs.

L'ouvrage fut accueilli par le public avec la plus grande faveur ; à une époque où les livres coûtaient fort cher, cinq éditions s'enlevèrent en quatorze ans. Du latin dans lequel il était écrit, Fuglinus le traduisit en allemand, et bientôt après il était édité en français. C'est que l'œuvre de Jean Wier répondait à un réel besoin ; on y sent à chaque page, cachés sous des discussions paradoxales, les efforts d'un esprit qui ne peut, de crainte de soulever trop de haines, arracher tous les masques, mais qui néanmoins sait fustiger d'importance les inquisiteurs en démontrant scientifiquement l'irresponsabilité morale des malheureux persécutés. Est-ce à dire pour cela que Jean Wier soit un

esprit fort ; pas du tout, il croit certainement à Dieu ; quant au diable, il semble trop bien le connaître pour ne pas juger ses maléfices à leur propre valeur. A travers le manteau rouge de Satan, il n'est pas nécessaire d'avoir des yeux de lynx pour apercevoir la robe noire du moine qui tire les ficelles. Car Satan est d'un bon rapport pour « ces prestres et moynes qui sont ignares, impudeurs et meschans jusques au bout. Ils se vantent impudemment de conoistre la sacrée médecine : et encores qu'il soit certain qu'onques ils ne la goustèrent du bout des lèvres : si est ce qu'ils n'ont point honte de respondre d'une bouche mensongère et persuader au pauvre peuple qu'elle procède de sorcellerie et d'enchantement (i'ay honte de nommer des Conseillers, gens de savoir, de iugement et d'autorité), lequel a recours à eux en plusieurs maladies et leur en demande conseil. » Vous êtes possédé, répondent-ils, et ils n'hésitent pas « bien malheureusement, à montrer souventes fois l'enchanteresse ou sorcière qu'ils disent en estre cause. Mesme ils en donnent le plus souvent le blasme à quelque honeste, innocente et bonne matrone, dont iamais elle n'en pourra ni mesme sa postérité estre du tout purgée. » D'où naissent une infinité de malheurs pendant la succession desquels, rien n'est plus commode que de pêcher en eau trouble. Et « voilà comment ces bons piliers d'Eglise sont les principaux esclaves de leur maître Beelzébut, lequel se glorifie d'estre bien servi, principalement sous le manteau de la religion. » Et Jean Wier retrouve encore sa verve caustique pour clouer au pilori « les indoctes médecins et chirurgiens qui couvrent leur bestise et erreur par les sorcelleries et par la vertu des saincts. » L'épilepsie, le *morbus sacer*, n'a pas une origine divine « car le corps de l'homme ne peut être souillé de Dieu, autrement le très vilain le serait du très pur. » Aussi notre auteur qui, l'avons-nous dit, est un médecin très éclairé, étudiant avec le plus grand soin tous les faits relatifs à la possession et aux maléfices des diables et des magiciens, montre-t-il que les malheureuses possédées sont plus justiciables des médecins que des tribunaux composés de magistrats aveugles et de moines fanatiques. A son avis « le bois et les grands monceaux de fagots dont les innocentes sont brulées seroient employés à meilleurs usages. » Son esprit critique, ainsi qu'on le pouvait déjà prévoir, n'épargne pas davantage les institutions catholiques, entre autres le baptême et le célibat des prêtres, et à propos des incubes, il démontre l'impossibilité de concevoir « sans masle et femelle. »

Comme on le voit par ce rapide exposé, tous ceux qui s'intéressent à ces épisodes terribles de l'histoire des siècles passés : la sorcellerie et les épidémies démoniaques ; tous ceux qui s'intéressent aux grandes luttes de l'esprit scientifique contre la barbarie, puiseront d'amples satisfactions dans la lecture du livre de Jean Wier.

Les médecins y trouveront, en plus des faits *d'hystéro-démonopathie*, des remarques très judicieuses sur une foule de sujets pathologiques, notamment sur les *corps étrangers*, sur la *persistance de l'hymen*, la *rétention des règles*, les *fausses grossesses*, sur la *nécessité d'isoler les religieuses atteintes d'hystéro-démonopathie*, et de renvoyer dans leurs familles les jeunes nonnes encore indemnes, afin de les soustraire à la contagion nerveuse.

C'en est assez pour nous convaincre de l'utilité de la réédition que nous offre aujourd'hui M. Bourneville. On lira avec le plus grand fruit l'avant-propos qui marche en tête de cet ouvrage, réimprimé avec autant de soins et de luxe que ses deux devanciers. A côté de cette introduction écrite par un homme si compétent en pareille matière, se trouve la *biographie* de Jean Wier, par le professeur Axenfeld ; aussi nous ne doutons pas que la *Bibliothèque diabolique* ne compte aujourd'hui un succès de plus.

Gilles de la Tourette.

Introduction à la botanique. Le Sapin; par J.-L. de Lanessan. 1 vol. in-8 de 276 p. avec 103 fig. — Paris, Alcan, 1885.

Mon collègue M. J.-L. de Lanessan vient de publier dans la *Bibliothèque scientifique internationale*, un intéressant ouvrage dont je ne saurais trop recommander la lecture et la méditation à nos étudiants en médecine. A propos du *Sapin*, qu'il prend comme type de végétal, en raison de sa situation entre les Phanérogames et les Cryptogames, l'auteur expose, avec la lucidité qu'on lui connaît, les faits principaux de l'anatomie et de la physiologie des plantes Il est une foule de questions biologiques de première importance qui se trouvent exposées et discutées avec talent dans cet ouvrage. Malgré son titre modeste, celui-ci est plus et mieux qu'une simple introduction à la botanique : c'est bien plutôt une introduction à la biologie, dont la physiologie humaine n'est qu'une des branches.

R. Bl.

Le cerveau, sa topographie anatomique; par le Dr C. Morel. Petit in-4 de 50 pages, avec 17 planches. — Berger-Levrault, libraire-éditeur.

Description claire et concise des différentes parties du cerveau, principalement des circonvolutions et des scissures, avec applications aux localisations cérébrales. Une planche représentant une coupe transversale des hémisphères permet de se rendre compte des rapports qui existent entre les diverses parties des masses centrales. Bien qu'il n'y ait pas de planches relatives au cervelet, au bulbe, et à la base de l'encéphale, lacunes faciles à combler, ce petit atlas peut rendre de réels services, c'est un livre d'amphithâtre et de laboratoire.

VARIA

La circulation du sang. — Harvey (1).

Le théologien-médecin veut prouver que « l'âme est dans le sang, qu'elle est le sang lui-même, ou l'esprit du sang. Il ne faut pas dire que l'âme est principalement dans les parois du cœur, ou dans le cerveau, ou dans le foie, mais dans le sang comme l'enseigne Dieu lui-même : Genèse 9, Lev. 17, et Deut. 12. » L'âme donnée à Adam a pénétré par la bouche et les narines au cœur, *Inspiratio autem ad cor tendit.* Du cœur, elle a été communiquée au foie. Le cœur (*primum vivens*) est la source de la chaleur naturelle au milieu du corps, *fons caloris in medio corpore.* Il prend au foie la liqueur de la vie, *quasi materiam*, comme matière première, et la vivifie à son tour... La substance de l'âme est faite du sang du foie par une préparation admirable, *ex hepatis sanguine est animæ materia, per elaborationem mirabilem.*. Le lecteur comprendra facilement cette divine philosophie que je joins ici, dit Servet, s'il a quelque connaissance en anatomie, *ut vero totam animo et spiritus rationem habeas, lector, divinam hic philosophiam adjungam, quam facile intelliges, si in anatome fueris exercitatus.*

Le circuit du sang à travers le poumon s'y trouve décrit pour la première fois ! Est-ce à dire pour cela que Servet l'ait inventé ? Nullement Il parle d'un fait nouveau, que tout le monde ne connaît pas encore, et qui surtout, est contraire aux idées de Galien. Presque en même temps, 1554, Valverde, élève de Colombo, attribue la découverte à son maître. Le *De re anatomica* n'est publié qu'en 1559, après la mort de l'auteur, mais celui-ci enseignait depuis bien longtemps, et certainement depuis plus de dix ans, la nouvelle théorie. Avoir écrit le premier ne signifie donc rien. Personne ne peut contester à Colombo le *quod nemo hactenus aut animadvertit aut scriptum reliquit*, et l'on ne doit pas s'étonner que le fameux passage de la *Restitution du Christianisme* ait passé inaperçu, soit resté dans l'oubli près de cent cinquante ans, 1553 à 1697. Ce qui est incompréhensible, c'est que Flourens ait mis si légèrement Servet à la place de Colombo, que M. Charles Richet ait conservé cette erreur en l'amplifiant, et que M. H. Tollin ait fait de Colombo le plagiaire de Servet, comme avait osé le dire aussi Zecchinelli ! Cependant Flourens s'était rétracté. Vers la fin de son histoire de la découverte de la circulation, on lit p. 248 : « J'ajoute aujourd'hui que j'ai cru voir, partout empreint dans la description animée de Colombo, le cachet de l'originalité et

(1) Voir le *Progrès médical*, nos 18 et 19.

de l'invention ». On ne saurait en dire autant du passage de Servet, qui a conservé la moitié des erreurs de Galien. Ainsi pour l'artère veineuse, Colombo dit que, contrairement à l'opinion des autres anatomistes qui en font une sorte de tuyau de cheminée pour conduire au dehors les fuliginosités du ventricule gauche, elle a été faite pour porter à ce ventricule le sang mêlé à l'air par les poumons. C'est si vrai, dit-il, qu'il n'y a rien de plus vrai. Car sur les cadavres comme sur les animaux vivants, on trouve toujours cette artère pleine de sang ce qui n'arriverait pas si elle avait été construite uniquement pour l'air et les vapeurs. *Ego vero oppositum prorsus sentio: hanc scilicet arteriam venalem factam esse, ut sanguinem cum aure a pulmonibus mixtum afferat ad sinistrum ventriculum. Quod tam verum est, quam quod verissimum. Nam non modo si cadavera inspicis, sed si viva etiam animalia, hanc arteriam in omnibus sanguine refertam invenies. Quod nullo pacto eveniret, si ob aerem duntaxat, et vapores constructa foret.* Combien Servet est loin de cette précision! Il croit encore avec Galien, que le sang, préparé par les poumons est mêlé *ensuite* à l'air inspiré dans l'artère veineuse, et qu'il y est débarrassé de ses fuliginosités dans l'expiration. *A pulmonibus præparatur, flavus efficitur, et a vena arteriosa in arteriam venosam transfunditur. Deinde in ipsa arteria venosa inspirato aeri miscetur, expiratione a fuligine repurgatur. Atque ita tandem a sinistro cordis ventriculo totum mixtum per diastolem attrahitur, apta supellex ut fiat spiritus vitalis.* Il ne sait donc qu'à peu près la nouvelle théorie du circuit du sang à travers le poumon, dont il a seulement entendu parler. Pour lui, la cloison médiane des ventricules n'a pas été faite pour la transformation du sang veineux en sang artériel, quand même elle pourrait laisser transsuder quelque chose. Cette élaboration ne se fait pas dans le cœur, mais dans les poumons. On voit bien que Servet n'a rien inventé. De pareilles inventions d'ailleurs ne s'improvisent pas. Il n'a eu qu'à modifier un peu sur ce point les connaissances anatomiques qu'il possédait déjà, et qui sont du pur Galien. On ne peut s'y tromper. Et Colombo n'a pas songé un seul instant que personne ait pu lui ravir sa découverte, comme personne jusqu'en 1697, ne s'est imaginé d'en faire honneur au malheureux auteur de *Christianismi restitutio*.

Mais, ayant affaire à des entêtés qui veulent soutenir Servet quand même, je suis obligé d'insister. M. le pasteur Tollin et ses amis, Ch. Dardier, O. Douen, etc., croient que parce qu'ils ont pour eux un passage publié en 1553, on ne peut plus rien leur objecter. Il fallait au moins le traduire d'une façon compréhensible. Ils font dire à Servet: « La communication entre les deux ventricules se fait non par la *paroi* du milieu du cœur, comme on le croit vulgairement, mais avec un art infini *par le ventricule droit du cœur*, après que le sang subtil a été mis en mouvement par un long circuit au travers des poumons ». Cette traduction, qui a la prétention d'être fidèle sans l'être (*Ductu* ne veut pas dire circuit, et *Agitatur* veut dire plus que mise en mouvement) dit en effet que le sang ne passe pas à travers la cloison, mais par le ventricule droit, et cela après avoir traversé le poumon! On peut soutenir hardiment que tous ces pseudo-physiologistes ne comprennent pas ce qu'ils écrivent. Il est donc bien inutile de discuter avec eux sur le texte de Servet. C'est pourquoi je n'ai pas voulu répondre, pour ma part, à la trop longue diatribe de l'année dernière (*Wirchow's Archiv.* 1883, p. 86 à 135). Qui donc disait que les Allemands n'avaient pas d'esprit? M. Tollin en a trop et il en abuse. Mais les plaisanteries, et surtout les plaisanteries de mauvais goût ne sont pas des preuves. De quoi se plaint-il? Je ne cherche point à diminuer Michel Servet. J'ai dit que c'était « un grand esprit qui avait été victime de l'intolérance de son siècle », parce que, sans doute, il s'était bien plus occupé de théologie que de médecine.

Donc le médecin-théologien dit que pour la formation de l'esprit vital, le sang *subtil* (c'est celui qui a été élaboré par le ventricule droit pour les poumons) est agité dans le long trajet à travers ces organes. Ainsi préparé il devient rouge clair (*flavus*), comme la vapeur transparente d'un sang plus pur, *ut quasi ex puriori sanguine lucidus vapor*, et passe de la veine artérieuse dans l'artère veineuse. Ce n'est qu'après (*deinde*) que dans cette même artère veineuse le sang est mêlé à l'air inspiré, et se débarrasse de ses fuliginosités par l'expiration. Tout le mélange est enfin attiré par la diastole dans le ventricule gauche où s'achève la formation de l'esprit vital. Il admet dans les poumons une communication de la veine artérieuse avec l'artère veineuse, comme dans le foie de la veine porte à la veine cave. La couleur rouge-clair est donnée par les poumons et non par le cœur. Ce n'est pas de l'air pur qui vient des poumons au cœur, mais de l'air mêlé au sang qui est porté par l'artère veineuse. Donc le mélange se fait dans les poumons. Enfin la cloison médiane des ventricules n'est pas faite pour cette communication et cette élaboration, bien qu'elle puisse laisser passer quelque chose, *licet aliquid resudare possit*. Le théologien-médecin dit à peu près la même chose à un autre endroit. L'air inspiré est conduit par la trachée-artère aux poumons pour être élaboré par eux avant de passer dans l'artère veineuse, où il est mêlé au sang rouge clair et subtil, et y subir une nouvelle élaboration, *inspiratus aer per tracheam arteriam ad pulmones ducitur, ut ab ipsis elaboratus ad arteriam venosam transeat, in qua flavo et subtili sanguini, miscetur, ac magis elaboratur.* Puis tout le mélange est attiré par la diastole dans le ventricule gauche qui, par la puissance de sa chaleur naturelle, achève de le transformer en esprit vital. Dans cette élaboration, des résidus fuligineux abondants sont expirés, *multis in ea elaboratione expiratis fuliginosis recrementis*.

Galien fait deux parts du sang subtil. L'une est destinée à la nourriture des poumons où elle est portée par la veine artérieuse, l'autre qui devient plus légère encore, *magis attenuatur*, en passant directement du ventricule droit au ventricule gauche par les porosités théoriques de la cloison. L'air inspiré et préparé par le poumon est conduit par les rameaux de la trachée artère dans l'artère veineuse. Son mélange avec le sang subtil a lieu dans le ventricule gauche où se forme en définitive l'esprit vital. Les fuliginosités qui résultent de cette élaboration sortent au dehors dans l'expiration par cette même artère veineuse. Pour Galien les deux sangs, le naturel ou nutritif dans les veines, et le spiritueux ou vital dans les artères, sont bien séparés. (La cloison n'est donc pas percée). L'air pénètre des rameaux de la trachée dans les branches de l'artère veineuse par des porosités qui ne peuvent laisser passer le sang.

On voit combien la description de Servet se rapproche de la théorie de Galien. Il a suffi au théologien d'apprendre par une lettre ou autrement ce que Colombo professait alors en Italie, pour l'adapter, à sa façon, à ce qu'il savait d'anatomie en 1553. Je ne puis être de l'avis de M. Dastre qui trouve, p. 646, que « la découverte de la petite circulation est exprimée avec une extrême précision » par Servet comme par Colombo. On appréciera bientôt la différence qui les sépare.

(*A suivre.*) Dr E. Turner.

De l'inspectorat médical dans les stations thermales (1).

L'institution de l'inspectorat médical date de deux siècles. Sous le nom d'intendants des eaux, les titulaires jouissaient des pouvoirs les plus étendus. C'est ainsi qu'ils avaient une action directe sur le personnel des établissements préposés à leur surveillance. Les propriétaires ou fermiers de ces établissements étaient tenus de les consulter sur l'opportunité de certains aménagements, de certaines innovations. Aucune source ne pouvait être exploitée sans leur assentiment préalable. Ils soignaient, en outre, gratuitement, les malades indigents et, à la fin de chaque année, ils rendaient compte, au Ministre compétent, des résultats tant médicaux qu'administratifs constatés pendant la saison qui venait de s'écouler. En résumé, l'inspecteur avait, à l'origine de l'institution, des attributions multiples et variées ; il était à la fois administrateur et médecin.

En 1823, survint une ordonnance royale, qui limita sensiblement ses pouvoirs en ce qui touche le traitement thermal des ma-

(1) L'institution de l'inspectorat des eaux minérales a soulevé bien des critiques et très justifiées. Pour nous, une seule raison existe en sa faveur, elle est tirée des soins à donner aux indigents. En dehors, tout plaide contre l'inspectorat. Nous avons cru devoir faire ces réserves avant de laisser le lecteur lire l'article de notre ami le Dr Cornillon dont les idées sont quelque peu différentes.

lades. Auparavant, il était le seul médecin hydrologue de la station où il était attaché; ses confrères, quand il en avait, devaient se contenter de soigner les habitants de la localité ; mais dès qu'il s'agissait de boire aux sources ou de se baigner, leur compétence cessait. L'ordonnance précitée remédia à cet état de choses ; dorénavant l'Inspecteur ne pourra plus mettre obstacle à la liberté qu'ont les malades de suivre les prescriptions de leur propre médecin, et même d'être accompagnés par lui au bain, s'ils le désirent. Dès lors, l'inspectorat n'eut plus sur eux qu'un contrôle éloigné.

C'était justice.

En 1863, sous le prétexte de réglementer l'emploi des eaux minérales en France, le gouvernement impérial le dépouilla de la plupart de ses attributions. En jetant, dit Gubler, en pâture à l'opinion publique qui réclamait les libertés nécessaires, les libertés nuisibles, l'empire enlevait à l'inspectorat ses plus beaux fleurons. C'est à dater de cette époque que les malades eurent la faculté de s'abreuver aux sources les plus puissantes sans être astreints à la surveillance de la médecine officieuse ou officielle. Nos confrères qui exerçaient alors auprès des stations thermales ne furent pas étrangers à cette mesure. Ils ne cessaient, comme maintenant, de réclamer la suppression de l'inspectorat. Le gouvernement impérial fit droit, en partie, à leurs réclamations. Mais, en même temps, il amoindrissait notablement leur situation. En effet, si l'inspecteur perdait le pouvoir de contrôler l'emploi des eaux minérales, sur place, les médecins traitants se voyaient privés du même coup de la plus grande partie de leur clientèle, chacun pouvant boire, se baigner ou se faire doucher à sa guise. Ce fut un cri général. Qui souffrit le plus de cette dangereuse innovation? L'inspecteur ne fut, en somme, atteint que dans son amour-propre, tandis que le médecin traitant vit, du jour au lendemain, ses recettes diminuer dans des proportions considérables.

Aujourd'hui, comme en 1863, on réclame la suppression de l'Inspectorat. J'ignore ce que pense le gouvernement sur cette brûlante question. Il est très possible qu'il soit de l'avis des pétitionnaires de tous les temps : « l'institution est surannée et doit disparaître radicalement. » Mais il est possible aussi que tout en supprimant l'Inspectorat, il renchérisse sur l'esprit révolutionnaire du décret de 1863, et qu'il autorise tous les porteurs de diplômes étrangers à exercer près des stations thermales françaises.

Depuis 1870, l'Inspectorat a subi des attaques nombreuses et passionnées. Sous l'Assemblée nationale, il y eut même un projet de loi déposé par un député de la Savoie, demandant sa suppression. Le choc fut si violent que l'Académie de médecine fut obligée d'intervenir. Par l'organe de Gubler, elle conclut au maintien de cette institution, mais afin d'en augmenter le prestige et d'en fortifier l'autorité morale, elle exprimait formellement les vœux suivants : 1° que l'Inspectorat soit maintenu dans ses dispositions fondamentales ; 2° que le rapport officiel soit supprimé et remplacé par des travaux scientifiques laissés au choix des inspecteurs ; 3° que la nomination des inspecteurs par le Ministre ait lieu sur une double liste de présentation, dressée d'une part par le Comité supérieur d'hygiène, d'autre part par l'Académie de médecine.

Les adversaires de l'Inspectorat ne firent pas satisfaits du rapport de Gubler, et plus fort que jamais ils crièrent sus à l'ennemi. Les médecins de Cauterets se mirent résolument à la tête d'un nouveau mouvement. La presse politique entrait à son tour en campagne et le ministère, ne sachant à quelle décision s'arrêter, s'adressait de nouveau à l'Académie de médecine. Le rapport fut confié à Fauvel qui conclut dans le même sens que Gubler. On était alors en 1880.

L'Inspectorat est-il à cette heure une institution nécessaire, ou bien, au contraire, est-il un rouage inutile qu'il faut faire disparaître ? La présence, près d'une station thermale, d'un membre compétent, dit Gubler, investi du droit de contrôle, est utile pour empêcher les abus du mercantilisme, et peut assurer une heureuse influence sur le développement régulier et la prospérité de ces établissements. Les propriétaires ou fermiers des sources, quoi qu'ils en disent, n'ont jamais en vue le bien du malade, ils ne songent qu'à leurs propres intérêts. Il est donc indispensable qu'un homme spécial surveille de près leurs agissements.

Mais où le rôle de l'inspecteur s'impose, c'est dans le service de la gratuité. Il est, en effet, des villes d'eaux où le nombre des malades indigents atteint le chiffre de 2,000 par an. Dans cette nomenclature sont compris, il est vrai, les instituteurs laïques et congréganistes, les petits employés des ministères, les vicaires de campagne, les religieuses autorisées. Quoi qu'il en soit, le soin de ces diverses catégories de malades incombe à l'inspecteur.

Tout récemment, le Ministre du commerce, devant des plaintes réitérées, se crut obligé de confier à une Commission extra-parlementaire, l'étude de l'Inspectorat médical près les stations thermales. Quoique la plupart des membres fût partisan de la suppression de cette institution, on s'ajourna indéfiniment et sans rien conclure, devant l'impossibilité d'assurer à l'avenir le fonctionnement du service de la gratuité.

Il ne pouvait guère en être autrement. Mais si, comme nous le pensons, l'inspectorat doit être maintenu dans ses attributions essentielles, est-ce à dire qu'il ne doive pas être réorganisé? Tel n'est pas notre avis. Gubler voulait le rajeunir en l'entourant de certaines garanties, mais les moyens qu'il proposait me semblent peu efficaces. Pour le mettre en harmonie avec les institutions actuelles, le concours est nécessaire. Partout où il a été créé, il a donné d'excellents résultats. Pourquoi ne pas l'établir pour le recrutement des inspecteurs? Il aurait tout d'abord l'immense avantage de relever les titulaires à leurs propres yeux et à ceux du public. Ensuite il satisferait tous les pétitionnaires de bonne foi, en supprimant un privilège, une faveur que parfois rien ne justifie.

J. Cornillon.

Caisse des pensions de retraite du Corps médical français.

Le dimanche 12 avril 1885, a été tenue à Paris, la seconde assemblée générale des membres de la Caisse des pensions de retraite du Corps médical français, fondée le 19 octobre 1884, et approuvée par arrêté ministériel du 22 décembre suivant. Dans cette réunion, tenue sous la présidence de M. le Dr Dujardin-Beaumetz, le secrétaire-général, M. Lande, et le trésorier, M. Verdalle, ont rendu compte, chacun en ce qui les concerne, de la situation morale et financière de la caisse. Il résulte de leur exposé que cette institution, créée depuis quelques mois à peine, est en pleine voie de prospérité. Des adhésions nouvelles viennent grossir peu à peu les rangs des fondateurs, et le chiffre annuel des recettes dépasse déjà notablement celui qui était prévu et qui a servi de base aux calculs présentés à la réunion constitutive, par M. Lande, pour démontrer à ses confrères qu'ils étaient assez nombreux pour assurer le bon fonctionnement de leur œuvre.

Au 31 décembre 1884, le trésorier avait reçu en moins d'un mois, plus de 22.000 francs de la part des adhérents soucieux de participer dès 1884, et, au 12 avril, l'avoir de la Caisse s'élevait au chiffre respectable de 52.000 francs.

Les cotisations de l'année ne donneront pas moins de 40.000 francs, en supposant même que de nouveaux adhérents ne se fassent pas inscrire dans le courant de l'année, chose impossible en présence de la réussite de l'œuvre.

Les fonds sont placés en titres nominatifs, en valeurs (3 0/0 amortissable), en obligations de chemins de fer, obligations foncières. Il est absolument certain que la Caisse donnera à ses adhérents la retraite prévue par les statuts, et que chacun peut fixer, suivant ses moyens, d'après les divers tarifs adoptés ; et, avec le nombre croissant des participants, il sera évidemment possible, après quelques années d'exercice, soit d'élever le chiffre de cette retraite, soit d'abaisser l'âge même de la retraite. A la Caisse des pensions est jointe une caisse annexe destinée à suppléer la première, dans tous les cas où la charité confraternelle devra augmenter les ressources créées aux pensionnés ou à leur famille, par les conditions primitives de leur adhésion : de généreux donateurs ont assuré de sérieuses ressources à cette Caisse annexe.

D'autres donateurs non moins généreux ont donné à la Caisse principale des sommes plus que suffisantes pour faire face aux dépenses considérables d'installation et d'organisation des divers services. Il en résulte que la petite fortune de la Caisse de retraite dépasse la somme des cotisations versées, et que, suivant la propre expression de M. le Dr Verdalle, « on a résolu le difficile problème. » Cette situation florissante d'une institution qui date d'hier est un sûr garant de son avenir.

Accusation contre un médecin : Acquittement.

Le Dr Montmeja, chevalier de la Légion d'honneur, comparaissait la semaine dernière devant la cour d'assises, sous l'accusation de viol sur une jeune fille de 19 ans, venue pour le consulter. Il avait eu soin d'éloigner l'amie qui accompagnait sa jeune cliente, sous prétexte qu'il avait besoin de procéder à un examen médical très minutieux... Après avoir commencé par un examen pathologique, le docteur serait arrivé à des violences criminelles. La jeune fille ne se serait plainte que le lendemain et avant de se retirer, elle aurait spontanément déposé cinq francs sur la cheminée du docteur. Les débats ont eu lieu à huis clos. Le jury ayant rapporté un verdict négatif, la cour a acquitté le Dr Montmeja.

Cette affaire doit servir d'enseignement à tous les médecins et les engager à ne procéder le plus possible à l'examen de jeunes filles, qu'en présence de la mère ou d'une parente.

Actes de la Faculté de Médecine.

Lundi 18. — Médec. opérat. (Épreuve pratique) : MM. Guyon, Farabeuf, Kirmisson. — 2e *de Doctorat* (N. R., 1re partie (oral) : MM. Béclard, Hayem, Ch. Richet. — 3e *de Doctorat* (A. R.) : MM, Gautier, Gariel, Blanchard. — 5e *de Doctorat* (A. R.), (Hotel-Dieu). 1re *Série* : MM. Trélat, Fournier, Pinard ; — 2e *Série* :

MM. Verneuil, Damaschino, Ribemont-Dessaignes ; — 3e *Série* : MM. Charcot, Tarnier, Segond.

Mardi 19. — Dissect. (Epreuve pratique) : MM. Duplay, Farabeuf, Bouilly. — 2e *de Doctorat* (N. R., 1re partie), oral, 1re *Série* : MM. Robin, Bouchard, Humbert ; — 2e *Série* : MM. Sappey, Grancher, Richelot. — 2e *de Doctorat* (A. R.), oral : MM. G. Sée, Jaccoud, Campenon. — 4e *de Doctorat* : MM. Cornil, Landouzy, Quinquaud. — 5e *Doctorat* (N. R., 1re partie), (Charité), 1re *Série* : MM. Pajot, Panas, Peyrot ; — 2e *Série* : MM. Richet, Le Fort, Charpentier.

Mercredi 20. — Médec. opér. (Epreuve pratique) : MM. Trélat, Farabeuf, Reclus. — 1er *de Doctorat* (A. R.), oral : MM. Béclard, Damaschino, Rémy. — 3e *de Doctorat* (N. R.), 1re partie, oral, 1re *Série* : MM. Verneuil, Fournier, Pinard ; — 2e *Série* : MM. Guyon, Tarnier, Segond. — 4e *de Doctorat* MM. Charcot, Hayem, Rendu.

Jeudi 21. — Dissect. (Epreuve pratique) : MM. Richet, Duplay, Humbert. — 1er *de Doctorat* (A. R.), oral : MM. Sappey, G. Sée, Campenon. — 2e *de Doctorat* (N. R., 1re partie) : MM. Robin, Vulpian, Peyrot. — 2e *de Doctorat* (A. R.), oral : MM. Jaccoud, Bouchard, Richelot. — 3e *de Doctorat* (N. R., 1re partie), oral : MM. Pajot, Le Fort, Bouilly. — 4e *de Doctorat*, 1re *Série* : MM. Grancher, Landouzy, Hanot ; — 2e *Série* : MM. Laboulbène, Peter, Raymond ; — 3e *Série* : MM. Hardy, Ball, Debove.

Vendredi 22. — Dissect. (Epreuve pratique) : MM. Béclard, Lannelongue, Segond. — 2e *de Doctorat* (N. R., 1re partie) oral, 1re *Série* : MM. Charcot, Fournier, Kirmisson ; — 2e *Série* : MM. Trelat, Hayem, Ch. Richet ; — 3e *Série* : MM. Vulpian, Farabeuf, Reynier. — 3e *de Doctorat* MM. Regnauld, Gariel, Blanchard. — 5e *de Doctorat* (N. R., 1re partie) (Charité) : MM. Verneuil, Tarnier, Terrillon. — 5e *de Doctorat* (A. R.), (Charité) : MM. Potain, Guyon, Ribemont-Dessaignes.

Samedi 23. — Dissect. (Epreuve pratique) : MM. Sappey, Peyrot, Le Fort. — 2e *de Doctorat* (N. R., 1re partie), oral, 1re *Série* : MM. Richet, Cornil, Richelot ; — 2e *Série* : MM. Robin, Laboulbène, Bouilly. — 2e *de Doctorat* (N. R., 2e partie) : MM. Bouchard, Landouzy, Debove. — 2e *de Doctorat* (A. R.) oral : MM. Hardy, Jaccoud, Humbert. — 5e *de Doctorat* (A. R.) (Hôtel-Dieu), 1re *Série* : MM. Pajot, Grancher, Campenon ; — 2e *Série* : MM. Ball, Panas, Charpentier.

Thèses soutenues à la Faculté de Médecine.

Lundi 18. — M. Soyer. De la sensation du doigt mort dans le mal de Bright. — M. Dupaquier. Contribution au traitement de la péritonite par la laparotomie. — *Mercredi* 20. — M. Maillaire. De la méningo-myélite ascendante subaigue dans la dothiénenterie. — M. Camps. Du panaris profond ou ostéomyelite des phalanges. — M. Cami-Debat. Contribution à l'etude des fractures de la verge simples ou compliquees. — *Jeudi* 21. — M. Villard. Des appareils ou machines électro-statiques et leur emploi en médecine. — M. Martin. Contribution a l'etude des arthrites septiques.

Enseignement medical libre.

Hopital de la Charité. — M. le Dr P. Diday fera, le samedi 16 mai 1885, à 10 heures du matin, à la Charite dans l'Amphithéatre de M. le professeur Hardy, une leçon sur les *origines de l'herpès progénital.*

Maladies de la peau. Hôpital Saint-Louis. — M. le Dr Guibout reprendra ses conférences cliniques sur les maladies de la peau, à l'hopital Saint-Louis (salle Bichat), le jeudi 21 mai 1885, à 8 heures et demie du matin, et les continuera les lundis et jeudis suivants à la même heure ; les leçons habituelles des lundis (salle Henri IV) resteront consacrées aux maladies des femmes.

FORMULES

11. Emploi de l'hypochlorite de chaux.

Un étudiant en médecine de nos abonnés nous adresse la formule suivante en nous demandant notre avis.

Teinture d'eucalyptus.	10 gr.
Hypochlorite de chaux.	10 gr.
Sirop d'ecorces d'oranges amères. . . .	120 gr.

4 cuillerées à bouche par jour. Il nous demande si la quantité d'hypochlorite de chaux n'est pas exagérée, « les doses *maxima* d'hypochlorite ne devant pas dépasser 1 gr. 5 dans les 24 heures d'après les formulaires ».

Le medecin qui a fait cette prescription a ordonné l'hypochlorite de chaux, comme il aurait ordonné l'hypochlorite de soude. Or, dans ce dernier cas, le pharmacien n'aurait eu aucune difficulte à exécuter la prescription. Il aurait ajouté 10 grammes d'eau de Labarraque, c'est-à-dire, 10 grammes d'hypochlorite de soude *liquide*, qui se prépare en prenant :

Hypochlorite de chaux sec.	100 gr.
Carbonate de soude	200 gr.
Eau	4,500 gr.

L'hypochlorite de chaux liquide se prépare *aux mêmes doses* en supprimant le carbonate de soude. Par conséquent ayant à exécuter une prescription ou figure l hypochlorite de chaux *sans désignation*, c'est donc la solution qui devait être ajoutée à la dose de 10 grammes et non, bien entendu, l'hypochlorite de chaux *sec* qui à cette dose occasionnerait par sa causticité des désordres redoutables. La formule précédente doit être ainsi rectifiée :

Teinture d'eucalyptus	10 gr.
Hypochlorite de chaux liquide	10 gr.
Sirop d'écorces d'oranges amères. . . .	120 gr.

19 grammes de cette solution d'hypochlorite correspondent à un peu moins de 20 centigrammes de chlorure de chaux *sec*. La dose *maxima* de 1 gr. 5 est déjà beaucoup trop forte. On doit redouter à cette dose les effets de sa causticité.

La formule précédente est une excellente médication dans le cas de gangrène pulmonaire.

NOUVELLES

Natalité a Paris. — **Du dimanche 3 mai au samedi 9 mai 1885, les naissances ont été au nombre de 1113, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 435 ; illégitimes, 137. Total, 572. — *Sexe féminin* : légitimes, 429 ; illégitimes, 112. Total, 541.**

Mortalité a Paris. — **Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 3 mai au samedi 9 mai 1885. les décès ont été au nombre de 1083, savoir : 588 hommes et 495 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 5, F. 8 T. 13. Variole : M. 4 F. 4, T. 8. — Rougeole : M. 27, F. 13, T. 40. — Scarlatine : M. 1 F. 1 T. 2. — Coqueluche : M. 8, F. 4 T. 7. — Diphthérie, Croup. M. 17, F. 18, T. 35. — Dyssenterie : M. 1, F. 1, T. 2. — Erysipèle : M. 4, F. 4, T. 7 — Infections puerpérales : 10 — Autres affections épidémiques : M. ., F. ., T. .. — Méningite tuberculeuse et aiguë : M. 30, F 18, T. 48. — Phthisie pulmonaire : M. 122, F. 72 T. 194. — Autres tuberculoses · M. 16, F. 16. T. 32. — Autres affections générales : M. 26, F. 30 T. 56 — Malformations et débilité des âges extrêmes : M. 16, F. 16, T. 32. — Bronchite aiguë : M. 8, F. 16, T. 24. — Pneumonie : M. 56, F. 47, T. 103. — Athrepsie : M. 43, F. 32. T. 75. — Autres maladies des divers appareils : M 193, F. 174, T. 367. — Après traumatisme : M. ., F. ., T. .. — Morts violentes : M. 14, F. 5, T. 19. — Causes non classées M 3, F. 3, T 6.**

***Mort-nés et morts avant leur inscription* : 102 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 42 ; illégitimes, 14. Total : 56. — *Sexe féminin* : légitimes, 28 ; illégitimes, 18. Total : 46.**

Faculté de médecine de Paris. — *Examens, avis aux candidats ajournés avant le 8 juin* 1885. — 1° Les épreuves pratiques seront renouvelées fin juin ou commencement juillet ; 2° Les épreuves orales seront renouvelees : Du 15 juin au 1er juillet, par les candidats ayant échoué avant le 15 mai ; du 1er au 15 juillet, par ceux qui ont echoué après le 15 mai et avant le 9 juin.

Les candidats ajournés avant le 15 mai, consigneront jusqu'au 2 juin 1885, dernier ; les candidats, ajournés après le 15 mai et avant le 8 juin, consigneront jusqu'au 9 juin 1885, dernier délai. Ils sont tenus de déclarer, en consignant, la date exacte de leur dernier échec (Décision de la Commission scolaire, en date du 4 mai 1885).

Concours public *pour la nomination à deux places de médecin au bureau central d'admission dans les hôpitaux et hospices civils de Paris.* — Ce concours sera ouvert le vendredi 12 juin 1885, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu. MM. les Docteurs qui voudront concourir se feront inscrire au Secrétariat général de l'Administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, et y deposeront leurs titres. Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le lundi 11 mai 1885, et sera clos définitivement le mercredi 27 mai, à trois heures.

Concours du bureau central (*Médecine*). — La première épreuve s'est terminée vendredi 8 mai. Les candidats admis à subir la seconde épreuve sont : MM. Barié, Bourcy, Brocq, Chantemesse, Comby, Dreyfous, Duplaix, Galliard, Gaucher, Havage, Hirtz (Hip.), Jean, Josias, Juhel-Rénoy, Ledoux-Lebard, Leduc, Leroux, Lorey, Marie, Martin, Mathieu, Renault, Robin, Siredey. L'épreuve théorique a commencé le lundi 11 mai, à 4 heures, à l'Amphitheatre de l'Assistance publique (avenue Victoria).

Concours de prosectorat. — Question donnée à la seconde épreuve : *aorte*. Admissibles : MM. Broca, Hartmann, Chaput, Halle, Festal, Beurnier, Hache, Hamonic.

CONCOURS DE L'ADJUVAT. — Ce concours s'est terminé par la nomination de MM. Lejars, Mérigot de Treigny, Demoulin et Villemin *ex æquo*, Monprofit et Villar.

CONCOURS pour une place de professeur suppléant des chaires de pathologie externe, de clinique chirurgicale et obstétricale à l'école de Rouen. Questions données jusqu'à présent, écrit: *des hémorrhagies traumatiques secondaires;* — oral : *hématocèle rétro-utérine.*

CONCOURS *pour la nomination à une place d'interne à l'hôpital de Berck-sur-Mer.* — Le lundi 15 juin 1885, à une heure précise, il sera ouvert dans l'Amphithéâtre de l'Administration de l'Assistance publique, avenue Victoria, nº 3, un concours pour la nomination à une place d'interne à l'hôpital de Berck-sur-Mer. Le registre d'inscription restera ouvert, de onze heures à trois heures, depuis le lundi 18 mai 1885 jusqu'au mercredi 3 juin inclusivement.

INAUGURATIONS DE MONUMENTS. —Aujourd'hui 16 mai a lieu, à Angoulême, l'inauguration de la statue de Bouillaud. — Le monument élevé à la mémoire du vaillant explorateur lorrain, le Dr Crevaux, sera inauguré à Nancy, le samedi 13 juin prochain.

CHOLÉRA EN ANGLETERRE. — La *Semaine médicale* du 13 mai annonce que le cholera viendrait d'éclater à Durham. L'épidémie a débuté brusquement et avec une grande intensité. Une enquête est ouverte pour rechercher l'étiologie de la maladie.

BIBLIOTHÈQUE DE LA FACULTÉ. — M. GOUAULT, bibliothécaire de la bibliothèque universitaire de Caen, est nommé sous-bibliothéeaire en remplacement de M. Petit.

COURS D'HYGIÈNE DE LA FACULTÉ.—Jeudi dernier les élèves du cours d'hygiène ont commencé, sous la conduite de M. Landouzy, les visites aux établissements publics qui se poursuivront le jeudi après midi pendant les mois de mai et juin. Jeudi dernier les élèves ont visité le parc et le laboratoire de Montsouris, où MM. Marié-Davy et Miquel leur ont montré l'outillage et la technique usités pour les constatations météorologiques faites chaque semaine à l'usage de l'hygiène parisienne. — La prochaine visite (jeudi 21 mai, 4 heures) aura lieu, caserne de la Cité, au laboratoire municipal, où M. Girard s'est fort gracieusement mis à la disposition des élèves pour faire, devant eux et pour eux, une analyse d'échantillons d'eau, de vin et de lait.

LABORATOIRE DE MICROBIOLOGIE. — Le journal russe le *Caucase*, du 14/26 avril, annonce qu'on va ouvrir à Tiflis, au laboratoire de médecine de la circonscription militaire du Caucase, des salles de microbiologie où les médecins trouveront des microscopes et tout ce qui leur est nécessaire pour faire des recherches sur les bactéries et les autres micro-organismes.

L'AFFAIRE WATELET. — Le jugement condamnant le Dr Watelet a été confirmé par la cour d'appel.

L'ARMÉE CHINOISE AU TONKIN. — D'après une information de source sérieuse, une maladie épidémique se serait manifestée dans l'armée chinoise au Tonkin. Le caractère de cette maladie n'a pu être déterminé ; son existence même est soigneusement dissimulée par les autorités chinoises. Il y aurait cependant lieu de croire que cette épidémie est une sorte de peste très meurtrière ; on croit ici que c'est là une des causes principales qui oblige les Chinois à exécuter, avec une fidélité qui n'est pas dans leurs habitudes, les préliminaires du traité de paix. (*Semaine Médicale*)

HERBORISATIONS. — M. CHATIN, professeur de botanique à l'Ecole supérieure de Pharmacie de Paris, membre de l'Académie des sciences, fera une herborisation publique le dimanche 17 mai, dans les environs de Bondy-Gagny. Le départ s'effectuera de la Gare de l'Est à 11 h. 20 m., pour la station de Bondy.

— M. BUREAU, professeur de botanique au Museum d'histoire naturelle, fera sa prochaine herborisation publique, le dimanche 17 mai, à Montmorency. Rendez-vous à la station de Montmorency à l'arrivée du train partant de Paris, (Gare du Nord), à 8 h. 55.

— M. BAILLON fera sa prochaine herborisation dans le bois de Meudon, le dimanche 17 mai, 1885. Départ de Paris, gare Montparnasse à midi, pour Clamart.

UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES. — Le Dr Rodolphe KLEMENSIEWICZ, professeur extraordinaire, a été nommé professeur ordinaire de pathologie générale et expérimentale à la faculté de Gratz. — Le Dr SENATOR, professeur extraordinaire à la Faculté de Berlin, est chargé provisoirement de la direction de la clinique médicale (vacante par suite de la mort de Frerichs).

SAUVETEURS DE LA SEINE. — L'union centrale des sauveteurs de la Seine a tenu dimanche dernier, sa séance publique annuelle, parmi les lauréats de médailles d'honneur décernées pour actes de courage et de dévouement, nous devons citer le nom de M. le Dr LEFEBVRE (de Paris).

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET CHIRURGIE DE BORDEAUX. — *Prix de la Société.* — Question mise au concours : *de l'épilepsie jacksonienne.* Ce prix d'une valeur de 1,000 fr., sera décerné à la fin de 1886. — *Prix Fauré.* — Ce prix d'une valeur de 500 francs, sera décerné à la fin de l'année 1886, au meilleur mémoire sur la question suivante: *Exposer aux populations peu aisées ce que l'on entend scientifiquement par alcoolisme et montrer les inconvénients graves qui résultent pour la santé, non seulement de l'ivrognerie, mais encore de l'usage quotidien et longuement prolongé des boissons alcooliques.* — Les mémoires écrits très lisiblement en français doivent être adressés *franco* à M. Douaud, secrétaire-général de la société, allée de Tourny, 10, jusqu'au 31 août 1886, sous les formes académiques.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES. — La quatorzième session de cette association s'ouvrira à Grenoble, le jeudi 13 août 1885, sous la présidence de M. le professeur Verneuil.

NÉCROLOGIE. — M. DÉSAINS, membre de l'Académie des Sciences et professeur de physique à la Sorbonne. —Dr DUPRÉ, ancien professeur libre d'anatomie à Paris — Dr HARZÉ, médecin de la légation de Belgique à Paris.— Dr Ant. FESQ, ancien médecin de l'hôpital d'Aurillac, est mort à Aurillac, le 27 avril, à l'age de 84 ans.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie G. MASSON, 120, boulevard S.-Germain.

DURAND-CLAYE (A.). et COROT (P.). — Les examens libres du Sanitary institute of great Britain. Broch. in-8 de 13 pages.

Mémoires et bulletins de la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux. 3e et 4e fascicules, 1883. 1 vol. in-8 de 212 pages.

MAIRET (A.). — Recherches sur l'élimination de l'acide phosphorique chez l'homme sain, l'aliéné, l'épileptique et l'hystérique. 1 vol. in-4º de 220 pages.

ADAMKEWIECZ (A.). — Die anatomischen Processe der Tabes dorsualis. Broch. in-8 de 25 pages et 2 planches hors texte. Extrait du Sitzb. der K. Akad. der Wissensch, III, 1884.

KRAUSS (Ed.). —Zur pathologischen Anatomie der Tabes dorsalis. Broch. in-8 de 6 pages. — Leipzig, Veit et Comp.

The natural mineral Waters of Pedras Salgadas in Portugal and their therapeutico quality Broch. in-8 de 12 pages. — Porto, 1884. — Imprensa Portugueza.

CHURCH et LANGTON. — Saint-Bartholomew's hospital reports. 1 vol. in-8 cartonné de 478 pages, avec figures. — London; 1884. — Smith Elder.

SEYMOUR, SHARLEY (I.) et MASON (F.). — Saint-Thomas's hospital reports. 1 vol in-8 cartonné de 592 pages, avec figures et planches hors texte. — London, 1884. — J. et A. Churchill.

SAUNDBY (R.). — Kussmaul's coma Broch. in-8 de 25 pages. — Birmingham, 1885. — Birmingham medical review.

BIANCHI. — Sulla emicorea sintomatica. Contribuzione clinica ed anatomo-pathologica. Broch. in-8 de 14 pages, avec 1 planche hors texte. — Napoli, 1885. — Angelis et Figlio.

BIANCHI (L.), MONTEFUSCO (A.), BIFULCO (F.). — Contributo alla dottrina della temperatura cefalica. Ricerche cliniche e sperimentali. Broch. in-8 de 52 pages. avec 6 planches hors texte. — Napoli, 1885. — Tipographico dell' unione.

BIANCHI (L.). — Le andature (cammino) studio semiotico por le malattie nervose e mentale. Broch. in-8 de 27 pages. — Napoli, 1884. — Dentken.

Les institutions sanitaires en Italie. 1 vol. in-4º de 514 pages, avec figures dans le texte. — Milan, 1885. — Imprimerie J. Civelli.

Istituto ortopedico Rizzoli. Broch. in-4º de 30 pages et deux plans hors texte. — Bologna, 1885. — Regia tipographia.

SERAFINI (A.). Terapia del saturnismo cronico e ricorche sull' climinazione del piombo per le urine. Broch. in-8 de 18 pages. — Napoli, 1885. — Vallardi.

SCHIFFERS (M.-P.). — Compte rendu des travaux et de la situation de la Société pendant l'année 1884. Broch. in-8 de 16 pages. — Liège, 1884 — Imprimerie H. Vaillant-Carmanne.

BORDONI UFFREDUZZI. — Sul decubito osservazioni sperimentali. Broch. in-8 de 24 pages, avec une planche hors texte. — Torino, 1884. — Celanza e comp.

REYCO (A.-W.). — De las fiebres de Borras o calenturas malas de las Antillas. Broch. in-8 de 42 pages. — Habana, 1884. — La Propaganda literaria.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71.

13e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. I. N° 21 BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 23 MAI 1885.

Le Progrès Médical

CLINIQUE CHIRURGICALE

HÔPITAL DE LA CHARITÉ. — **M. TERRILLON.**
(SUPPLÉANT M. GOSSELIN).

Hypertrophie de la muqueuse du cornet inférieur des fosses nasales. Sa nature et son traitement;

Leçon recueillie par M. le Dr **ROUTIER**, chef de clinique.

Messieurs,

Nous pouvons, maintenant que nous connaissons les symptômes suffisamment, aborder l'étude de cette affection au point de vue anatomique, et nous demander quelle est la nature de cette hypertrophie ?

Avant de répondre à cette question, je crois qu'il est bon de vous rappeler, en quelques mots, quelle est la structure de la muqueuse des fosses nasales. Il nous sera ainsi très facile de nous rendre compte plus complètement des modifications qu'elle peut subir pour produire cette hypertrophie.

Dans son ensemble, c'est une membrane assez épaisse, contenant des glandes nombreuses et de grandes dimensions, recouverte d'un épithélium cylindrique à cils vibratiles; elle sécrète un mucus qui a pour usage principal de prévenir sa dessiccation au contact de l'air.

Mais pourquoi l'hypertrophie n'affecte-t-elle qu'une seule région nettement déterminée, la muqueuse du cornet inférieur? Je vais vous le dire, et la raison en est simple : c'est qu'en cette région existe une disposition particulière qui ne se rencontre nulle part ailleurs, sur cette muqueuse. On sait, en effet, depuis Kölliker, que la muqueuse est là plus épaisse que partout ailleurs, au point qu'elle peut atteindre une épaisseur qui varie de trois à cinq millimètres ; les glandes sont aussi plus abondantes et plus considérables. Mais Kölliker ajoute (*Trad. française*, 1868, p. 903) : « Cette épaisseur de la muqueuse dans ces régions, ne dépend pas uniquement des glandes ; elle provient en partie des réseaux veineux très riches et presque caverneux, que j'ai découverts, notamment au bord libre et à l'extrémité du cornet inférieur et qui donnent naissance à un tissu d'aspect érectile. » C'est bien aux dépens des éléments de cette muqueuse que se fait l'hypertrophie, et nous allons voir ce que les examens histologiques ont démontré à ce sujet, d'après un travail de M. Rendu. Il paraîtrait que c'est surtout aux dépens de ce tissu caverneux que se développe l'hypertrophie, d'après Berwerley et Voltolini ; les autres éléments, épithéliums et glandes, seraient au contraire la cause principale de l'hypertrophie, d'après un examen pratiqué par M. Rendu en 1867. (*Follin et Duplay, pathologie externe*, T. III, p. 793.)

L'hypertrophie de la muqueuse peut être telle que son épaisseur est parfois portée à 3 ou 4 centimètres. Mais les examens pratiqués par les auteurs précédents, ne peuvent pas être considérés comme établissant définitivement l'anatomie pathologique de l'hypertrophie, car j'ai pu analyser deux faits qui m'ont donné des résultats un peu différents. Il m'a été donné de pouvoir une première fois pratiquer l'examen histologique d'un morceau de muqueuse hypertrophiée, enlevée sur une jeune fille de 19 ans qui s'était présentée, en 1882, à la consultation externe de la Salpêtrière. Les symptômes de l'affection étaient des plus nets, chez elle : gêne respiratoire depuis trois ans, voix nasonnée, coryza chronique. En écartant l'orifice des narines, on apercevait une tuméfaction rose, bleuâtre dans le méat inférieur. Cette petite tumeur était ferme, solide et bien fixée à la paroi externe avec laquelle elle se continuait par le pédicule du cornet. La lésion était bilatérale.

L'examen microscopique, pratiqué avec soin, ne nous a pas montré trace de tissu caverneux, mais une multitude de cellules embryonnaires dans l'épaisseur du derme. Il se passait là, d'une façon évidente, un travail de prolifération et d'inflammation chronique, semblable à celui qui se montre dans la plupart des hypertrophies. Les glandes étaient plutôt atrophiées et étouffées par la formation de tissu embryonnaire, qu'hypertrophiées

Ce fait, qui est en contradiction avec celui de M. Rendu, et aussi avec les résultats obtenus par Beweley et Voltolini, ne saurait évidemment nous donner une certitude complète sur la nature de l'affection. Cependant, un second cas que j'ai pu analyser, m'a donné encore des résultats assez semblables au premier.

Dans ce cas, il s'agissait d'une dame de 45 ans environ qui se plaignait depuis cinq ou six ans des inconvénients que nous avons signalés plus haut. Un spécialiste qu'elle avait consulté lui avait proposé des cautérisations interstitielles dans l'épaisseur des deux cornets hypertrophiés. Un grand nombre de ces cautérisations pratiquées avec un fil de platine rougi par un courant électrique, n'amena aucune modification notable dans l'état des parties.

Malgré ce résultat médiocre, après un an de traitement, l'opérateur, à bout d'expédients, déclara à la malade qu'elle devait être guérie.

A partir de ce moment elle ne fit aucun traitement, mais elle sentit que la respiration nasale devenait de plus en plus pénible. C'est alors que cette dame vint me consulter et que je reconnus facilement la nature de la maladie. J'ajouterai que la surface de la muqueuse des parties hypertrophiées étaient recouvertes de petits points blanchâtres, résultat probable des cautérisations. Celles-ci avaient été certainement trop superficielles et n'avaient pas atteint les tissus profonds, qui, seuls, en se cicatrisant, pouvaient amener le retrait de la partie hypertrophiée.

Je proposai à cette dame l'ablation des parties malades. Après l'avoir endormie, je pus, au moyen d'une paire de ciseaux très longs, réséquer les cornets inférieurs dans leur plus grande étendue, de chaque côté.

Comme après la section l'écoulement sanguin était très abondant, j'introduisis, dans chaque narine, une queue de cerf-volant, formée de petits pelotons de ouate maintenus par un fil.

Les tampons furent enlevés après 48 heures. La malade guérit rapidement et, depuis cette époque (mai

(1) Voir le n° 20.

1882), elle est complètement débarrassée de son infirmité.

L'examen des deux cornets enlevés fut pratiqué par M. Suchard dans le laboratoire de M. Ranvier, au collège de France. Voici les principaux détails de la note qui me fut remise à ce sujet. Un morceau du cornet a été enlevé des deux côtés. Il présente une raréfaction du tissu avec augmentation du tissu spongieux et des éléments médullaires qu'il contient. Le tissu muqueux est très épaissi, gorgé d'éléments embryonnaires et présentant tous les attributs du tissu cellulaire atteint d'inflammation chronique.

La muqueuse est également épaissie et présente des traces de petites cicatrices rayonnées; enfin l'épithélium est détruit dans une grande partie de sa surface.

Malgré les recherches les plus minutieuses on ne put découvrir aucune trace du tissu caverneux érectile. Ainsi, dans cette observation, on ne trouve encore qu'un tissu enflammé mais sans trace de dilatation capillaire. Ceci peut s'expliquer par ce fait que Kölliker signale la présence de ce tissu érectile spécialement en arrière du cornet. Il est donc probable que les hypertrophies qui se produisent, à ce niveau, doivent plus souvent être caverneuses que celles qui siègent en avant.

Revenons-en maintenant à un point de l'histoire de notre affection que nous n'avons fait qu'indiquer en passant: c'est l'étiologie. Je dois vous avouer que je serais très embarrassé s'il me fallait formuler nettement une opinion, car, jusqu'ici, tout se borne, en ce chapitre, aux hypothèses les plus variées et les plus contradictoires. Les uns incriminent la scrofule, d'autres le coryza chronique; d'autres enfin la diathèse herpétique. Bewerley prétend que cette maladie se montre très fréquemment chez les jeunes gens qui usent de l'injection nasale d'une façon exagérée; ce doit être là une cause rare.

G. Morewood Leffer (*med. News, ann.* 1884) n'hésite pas à attribuer cette hypertrophie à une rhinite chronique à laquelle il donne le nom de *rhinite hypertrophique*, ce n'est pas une explication. La vérité est que nous ne savons rien de précis. Notez cependant qu'il y a, entre l'hypertrophie du cornet et celle des amygdales, des analogies évidentes et qui seraient mieux saisies si on prenait l'habitude de bien diagnostiquer l'affection dont nous parlons ici: elle est assurément plus fréquente qu'on ne l'imagine et doit être une cause fréquemment méconnue de gêne respiratoire.

J'en arrive, maintenant, au diagnostic différentiel. Est-il quelque affection avec laquelle on puisse confondre cette hypertrophie? Vous savez déjà combien la confusion a été et est encore fréquente avec les polypes ou muqueux ou fibreux. J'admets que, lorsqu'on n'est pas prévenu, lorsqu'on se contente d'un examen superficiel, l'hypertrophie antérieure puisse passer pour un polype muqueux et c'est là une erreur très fréquente si j'en juge d'après les faits que j'ai vus. Il en est tout autrement lorsqu'on examine les choses de plus près et qu'on connait la possibilité de l'erreur: car les symptômes fonctionnels sont tout différents dans l'un et l'autre cas. Le polype muqueux se déplace facilement, dans la narine, et subit des mouvements de va et vient; tantôt la narine est totalement obstruée, tantôt elle est presque libre: cette disposition est la cause de la variabilité des phénomènes respiratoires.

Il y aura des alternatives bien marquées dans la gêne respiratoire; dans un cas, l'aspiration nasale deviendra facile; dans l'autre cas, au contraire, elle sera complètement empêchée par la présence du polype obturant l'orifice antérieur du nez. Dans les polypes muqueux, le malade a la sensation du déplacement d'un corps mobile dans les fosses nasales pendant les mouvements d'inspiration et d'expiration. Le phénomène se produit surtout au début de l'affection quand les polypes, encore peu volumineux, se déplacent facilement. Plus tard ils arrivent, par leur nombre ou par leur volume, à obturer complètement la narine et à rendre la respiration nasale presque impossible. Ce n'est pas ainsi que les choses se passent dans l'hypertrophie: les améliorations souvent très éloignées qui se montrent, viennent sans intermittence, il y a de la gêne respiratoire, mais il n'y a jamais non plus obstruction totale: l'air passe toujours, en si faible quantité que ce soit, car il peut circuler en dedans du cornet inférieur.

Vous êtes donc en mesure déjà, vous en tenant aux seuls symptômes fonctionnels, de pouvoir formuler nettement, votre diagnostic différentiel. Les symptômes physiques vont vous fournir des données plus précises encore.

La couleur et l'aspect de la tumeur ne sont pas semblables dans les deux affections: le polype a une coloration grise, opaline, caractéristique. La muqueuse hypertrophiée est grise, rougeâtre, de plus très vasculaire. Enfin, l'examen fait au moyen d'un stylet lèvera tous les doutes.

Dans les cas d'hypertrophie du cornet inférieur, portant exclusivement sur la partie postérieure, le diagnostic est difficile. Il faut être prévenu de la possibilité de cette lésion, pour pouvoir la reconnaître au moyen du doigt introduit derrière le voile du palais ou par l'emploi d'un rhynoscope spécial.

Heureusement cette forme est assez rare et la principale difficulté qui pourrait se présenter consisterait à confondre cette hypertrophie qui forme un léger prolongement dans le pharynx avec un polype fibreux au début. Cette erreur a dû être commise, mais il est certain que l'évolution ultérieure met facilement sur la voie du diagnostic, car la simple hypertrophie ne forme jamais une tuméfaction suffisante pour obturer une partie du pharynx supérieur; et elle ne donne spontanément aucune hémorrhagie.

Enfin, je ne crains pas d'ajouter ceci: N'oubliez jamais que l'hypertrophie postérieure accompagne souvent l'hypertrophie antérieure; le doigt introduit dans le pharynx, et passant au-dessus du voile du palais, pourra vous fournir sur ce point, d'utiles renseignements.

En tous cas, toutes les fois que vous serez en droit de soupçonner l'hypertrophie, à cause de la difficulté de la respiration nasale et de l'habitude qu'ont les enfants, de respirer la bouche ouverte, cherchez à assurer et à compléter votre diagnostic par l'exploration au rhynoscope ou au doigt.

Est-il besoin d'insister maintenant sur le pronostic? C'est une affection qui ne menace pas l'existence mais qui, sérieuse au point de vue fonctionnel, demande à être traitée aussitôt qu'elle est reconnue.

Quel traitement pourrez-vous donc opposer à cette affection? Tout d'abord vous savez qu'il existe un traitement topique ou médical assez banal et inefficace quand il n'est pas dangereux. Il consiste dans des injections nasales prescrites à tout propos et auxquelles certains auteurs ont fait jouer, à tort ou à raison, un rôle prépondérant dans l'étiologie de cette affection.

Il existe aussi des poudres médicamenteuses astrin-

gentes, telles que le tannin, l'alun, qui peuvent arriver à diminuer la tendance des muqueuses à l'hypertrophie. Mais en les employant ici, contre une hypertrophie aussi localisée, vous risqueriez d'irriter inutilement le reste de la muqueuse. Aussi je vous conseille, aussitôt que votre diagnostic sera bien établi, de procéder au traitement chirurgical. C'est celui que je vais discuter devant vous, en ayant soin de vous indiquer avec précision tous ses détails, car chacun a son importance. Je vous dirai d'abord que la plupart de ces cornets hypertrophiés sont brutalement arrachés par un grand nombre de chirurgiens. Ceci n'a rien qui doive vous étonner, car ils sont confondus, presque toujours, avec les polypes muqueux. Et vous savez aussi qu'il faut non seulement un bon éclairage permettant de reconaître la couleur particulière de ces tumeurs, mais aussi une exploration spéciale indiquant le pédicule du cornet inférieur. Cette erreur est malheureusement nuisible au malade, non seulement à cause de la souffrance qu'il éprouve au moment de l'arrachement, portant sur un os hypertrophié, mais aussi parce que l'on risque de produire les désordres les plus sérieux et les plus étendus, tels qu'arrachement des cornets, lésion des os maxillaires, ouverture des sinus, décollement de la muqueuse, dans une grande étendue ; autant de lésions qui ont été suivies d'accidents graves. Gardez-vous donc, messieurs, d'imiter semblable pratique, et choisissez un mode de traitement qui permette d'agir avec plus de précision.

Vous avez ici le choix entre les cautérisations diverses capables de réduire la tuméfaction, par cicatrisation profonde, et l'ablation méthodique au moyen d'instruments spéciaux. Rien n'est plus simple que de cautériser, après introduction préalable du spéculum, avec un pinceau trempé dans l'acide nitrique ou l'acide chromique, ou la portion saillante de la muqueuse. La cicatrisation par sa rétraction, vous permet d'arriver au résultat cherché. Ce mode de cautérisation superficielle peut être un bon moyen, au début, mais plus tard il devient insuffisant. Lorsque l'hypertrophie a atteint un volume considérable, il est alors absolument nécessaire de recourir à la cautérisation au fer rouge, et je vous recommanderai spécialement le galvano-cautère qui a le grand avantage d'être chauffé au moment précis de son application.

La cautérisation pourra être ponctuée ou disposée en raies, mais elle ne constitue un bon moyen de traitement que si elle atteint les parois profondes, en un mot, si elle dépasse la muqueuse pour pénétrer dans les tissus sous-jacents, gorgés d'éléments nouveaux, de façon à les modifier profondément et à provoquer ainsi une cicatrisation fibreuse interstitielle qui fasse rétracter la masse hypertrophiée. Malheureusement ce moyen qui, théoriquement, devrait présenter de grands avantages, a de véritables inconvénients. Parmi les principaux est la douleur très vive que provoquent ces cautérisations profondes, ausssi l'opérateur ne peut souvent pénétrer, autant qu'il le jugerait nécessaire, dans l'épaisseur des tissus. Un autre inconvénient consiste dans la nécessité de revenir plusieurs fois et à des intervalles peu éloignés aux cautérisations. Ces manœuvres répétées contre-indiquent l'anesthésie générale qui serait nécessaire pour obtenir une cautérisation suffisamment profonde. Tous ces inconvénients d'une part, et, il faut bien le dire, l'inefficacité des cautérisations qui échouent malheureusement quelquafois, ont fait renoncer à ce moyen, dans beaucoup de cas. Aussi, plusieurs chirurgiens, et je suis de ce nombre, préfèrent-ils l'ablation de toute la partie hypertrophiée ; celle-ci donne un résultat tout aussi sûr et beaucoup plus rapide.

L'ablation pourra se faire avec trois sortes d'instruments. D'abord on peut la pratiquer avec des ciseaux longs, un peu courbés, au moyen desquels on résèque la partie saillante. L'opération est tout d'abord suivie d'un écoulement de sang assez abondant, mais qu'il est facile d'arrêter par le tamponnement avec des petits tampons disposés en queue de cerf-volant. Cet écoulement sanguin est une des causes qui pourraient vous empêcher d'avoir recours à ce genre d'opération ; mais n'ayez aucune crainte, un tamponnement nasal, rapidement exécuté, vous permettra de devenir maître de l'hémorrhagie en quelques secondes. J'ai employé ce procédé quatre fois, j'ai toujours eu à m'en louer. Dans un cas j'avais essayé l'emploi d'un polypotome dont l'anse en fil de fer entourant toute la saillie hypertrophiée, la sectionnait sans donner lieu à cet écoulement de sang quelquefois considérable que donne le procédé d'ablation par les ciseaux. Malheureusement, l'anse de fil de fer du polypotome est trop faible et ne peut sectionner les tissus hypertrophiés. Pour remédier à cet inconvénient, j'ai employé un serre-nœud de Maisonneuve, chez le jeune homme qui a fait l'objet de cette leçon, et l'ablation s'est faite dans de bonnes conditions. J'ai pu ainsi me servir d'un fil de fer plus volumineux et agir avec une plus grande force, ce qui permet de mieux sectionner ces parties quelquefois résistantes. Mais ce procédé ne serait applicable que lorsque l'hypertrophie, ne portant que sur la partie antérieure du cornet, constitue une masse saillante et facile à pédiculiser. Lorsque, au contraire, la lésion se prolonge sur le cornet, il est impossible d'employer cette anse de fil de fer, car elle glisse et ne peut rien saisir.

Le serre-nœud et l'écraseur de Jarvis sont cependant employés par Knight pour l'hypertrophie postérieure (*Med. New.*, 21 janv., 1882), et aussi par W. Marc Coy (*Med. New.*, 7 avril 1883).

Enfin, Messieurs, il est un dernier moyen efficace, mais très douloureux, et qu'on ne pourrait employer qu'à la condition d'anesthésier le malade avec le chloroforme. Ce moyen, c'est l'ablation de la tumeur, par l'anse galvano-caustique ; moyen excellent en tous points, et mettant à l'abri de l'hémorrhagie. Cependant, comme celle-ci n'est pas un accident redoutable, et comme l'emploi de l'anse galvanique demande toujours un temps assez long et l'emploi de l'anesthésie, je vous conseillerai de vous servir toujours des ciseaux, car, par ce moyen, l'opération est facile et rapide ; à la place des ciseaux, on peut se servir d'un instrument spécial inventé par Beverley et abandonner également le galvano-caustique et les cautérisations.

HERBORISATION. — M. CHATIN, professeur de botanique à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, membre de l'Académie des Sciences, fera une herborisation publique le dimanche 24 mai, dans les bois de Saint-Cloud. Le départ s'effectuera de la gare Montparnasse à 11 heures, pour la station de Bellevue. *Nota.* — Rendez-vous général, Parc de Saint-Cloud, au bas des Cascades, à midi.

INAUGURATION DU NOUVEL HOPITAL DU HAVRE. — Nous apprenons que l'inauguration du nouvel hopital du Havre, aura lieu le dimanche 31 mai, à trois heures. La municipalité de cette ville qui a tant fait pour l'hygiène parait attacher un grand intérêt à cette cérémonie et elle a invité les médecins des hôpitaux, la presse médicale et scientifique, etc. Le système suivi dans la construction de cet hopital est celui des chalets isolés et à simple rez-de-chaussée.

CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES

Faculté de médecine de Lille. — **M. H. LELOIR.**

Leçons sur la Syphilis (1).

Professées à l'hôpital Saint-Sauveur.

TROISIÈME LEÇON (6 février 1885).

Messieurs,

La plupart des auteurs admettent que des latrines souillées peuvent être cause de contagion. Il doit en être de même des bassins employés en commun dans les hôpitaux. Enfin, dernièrement, à ma clinique, je vous signalais le danger qu'il y a pour les malades à marcher pieds nus dans des salles où se trouvent des syphilitiques, sur un sol plus ou moins souillé par les crachats, etc..., des vérolés. Les draps de lits ont été incriminés par quelques auteurs (Nicolas Massa, Swediaur, Julien), des personnes ont été syphilisées en maniant, en lavant le linge des syphilitiques (Bœck, etc.)

Il est certain que la manie qu'ont nombre d'individus de débarbouiller les enfants et même les adultes avec un mouchoir enduit de salive, est une cause de chancres céphaliques. J'ai vu en 1880, un cas intéressant de chancre de la commissure buccale chez un adulte à la suite du débardouillage de sa bouche tachée de résiné, avec le mouchoir enduit de salive d'une femme atteinte de syphilides buccales. Le Dr Baudry, agrégé de notre Faculté, m'a raconté dernièrement avoir observé plusieurs faits de chancres de l'œil chez les enfants, survenus dans les mêmes conditions. La morale de ceci c'est que, lorsqu'on veut se débarbouiller avec de la salive, il faut cracher soi-même dans son propre mouchoir.

Les objets de toilette sont souvent le véhicule du virus. Fournier a publié dans la thèse de Ponté (1878), l'observation d'une petite fille qui fut contaminée par une éponge. B. Baxter a vu une brosse à dents être la cause de la contamination. Je vous ai montré dernièrement dans notre salle Saint-Côme, une fille publique qui, entrée dans notre service pour une simple blennorhagie, a été contaminée selon toute vraisemblance par une canule vaginale.

Des objets de bureau ont pu servir d'agents de transmission de la vérole. Le regretté Homolle a relaté le cas d'un médecin qui contracta un chancre de la bouche, en mâchonnant un coupe-papier dont il s'était servi pour examiner la gorge d'un syphilitique. Je suis persuadé que les crayons, porte-plumes, etc.... doivent être des agents de transmission de syphilis dans les écoles. bureaux, etc... J'ai vu récemment un chancre labial consécutif à la contamination, au moyen d'un morceau de colle à bouche qu'un commerçant laissait traîner sur son bureau, et dont un commis, atteint de syphilides buccales, s'était servi à son insu.

La syphilisation par les ustensiles de ménage : verres, bols. cuillers. fourchettes, etc..., est surabondamment démontrée. Le Dr Olivier (de Paris) a rapporté des faits de contamination par l'intermédiaire des bouteilles. Les biberons, comme le montre le fait d'Hillairet, où un grand-père ou une grand'mère contractent la vérole en amorçant le biberon de leur petit-fils syphilitique, peuvent être également incriminés. L'observation d'Audoynaud, où une jeune bonne transmet par la même méthode la syphilis à l'enfant qui lui est confié, est la réciproque de la précédente. Il est probable que les biberons servant à plusieurs enfants dans certaines *nurserey* de bas étage doivent être une cause de propagation de la syphilis. Je suis persuadé, sans pouvoir néanmoins donner à cet égard de faits suffisamment précis, que les (suçottes) d'un usage si répandu dans notre région, sont une cause peut-être assez importante de syphilis par contamination indirecte. Les jouets d'enfants ont été également incriminés (Galippe, Lagneau.

Le professeur Hardy a rapporté un fait de contamination par une dragée passant de bouche à bouche. Qui sait si le sucre candi, compagnon du café dans notre région du Nord, et que certains individus se passent parfois de bouche à bouche, ne peut être accusé également? Je viens d'observer, il y a quelques jours, dans mon cabinet, un fait assez intéressant : un mari syphilitique depuis 9 mois, malgré ses 49 ans, infecte sa femme. Ici rien de bien extraordinaire. Mais sa femme infecte à son tour un jeune enfant de 5 ans, leur parent, au moyen de pastilles qu'elle cassait entre ses dents et dont elle donnait l'une des moitiés à l'enfant, lequel fut atteint d'un chancre infectant de la lèvre supérieure.

La démonstration de la contamination par les cigares, les pipes n'est plus à faire. L'on a été jusqu'à incriminer les guillotines servant à couper les bouts de cigares que l'on remet ensuite dans sa bouche. Roussel a publié quelques faits de contamination par les instruments de musique.

Je me bornerai simplement à vous rappeler que la canne en fer des ouvriers souffleurs de verre est une cause puissante de propagation de la vérole chez ces ouvriers, comme l'a montré en premier Rollet (de Lyon) puis d'autres médecins lyonnais, chez les verriers des usines de la Loire.

Certaines opérations chirurgicales ou autres pratiquées par des instruments souillés par le virus syphilitique, ont parfois inoculé la syphilis. C'est ainsi que le rasoir du barbier, etc..., peut transmettre la vérole d'un sujet à un autre, bien que le plus souvent il ne fasse qu'ouvrir une porte à la contamination.

On a signalé comme cause de contamination, la transplantation des dents. J'ai vu, il y a quelque temps, un malade atteint de chancre infectant de la gencive, chez lequel la contamination semble avoir été produite à la suite du nettoyage et du masticage d'une dent creuse au moyen d'instruments souillés.

Il existe dans la science un certain nombre d'exemples de transmission de syphilis par le tatouage.

Des spéculums, des abaisse-langues, des laryngoscopes, etc.... ont été dans plusieurs cas les agents de la contamination. Vous voyez avec quel soin je fais nettoyer les spéculums, etc..., dans mon service. Selon moi ces précautions sont encore insuffisantes et dans les services hospitaliers, comme dans le cabinet du spécialiste, il devrait y avoir des spéculums et des abaisse-langues présentant un signe quelconque pour indiquer qu'ils doivent servir uniquement à l'examen des sujets syphilitiques. Il en est de même pour les crayons de nitrate d'argent. Ce qui montre bien la résistance du virus syphilitique, c'est que ces crayons peuvent servir d'agents de transmission. Il importe d'attirer l'attention des médecins sur ce point. J'ai vu en 1882, quand j'étais chef de clinique du professeur Fournier, à l'hôpital Saint-Louis, un fait de contamination par le crayon de nitrate

(1) Voir *Progrès médical*, nos 11, 12, 16, 17 et 20.

d'argent qui m'a vivement frappé : Léon S..., 30 ans, serrurier, entre à Saint-Louis dans les derniers jours d'octobre 1882 pour des chancres simples de la verge et de l'anus. Mais en outre, ce malade présente sur le médius, à sa face dorsale, au niveau de la deuxième phalange, un chancre infectant cutané des plus caractéristiques, accompagné d'une adénopathie spécifique considérable de l'aisselle droite. Le malade raconte que vers le 8 août il se fit à ce niveau une brûlure, laquelle s'ulcéra légèrement à la suite d'irritations intempestives. Le 27 août, allant faire son service militaire, il fut cautérisé à ce niveau par un chirurgien militaire. Or, le crayon de nitrate d'argent, employé par ce chirurgien militaire avait servi, comme le malade nous l'a raconté, à cautériser des lésions buccales d'autres soldats. Le professeur Fournier nous dit qu'il considérait comme très probable en se fondant sur la date d'apparition des accidents sur ce sujet, que la vérole lui a été inoculée par le crayon de nitrate d'argent infecté du médecin militaire. Le D[r] Besnier, auquel je montrais ce malade, fut également de cet avis.

L'application de ventouses scarifiées avec des scarificateurs souillés, une saignée avec une lancette sale, l'opération de la greffe épidermique (Deubel, 1881) ont été dans quelques cas la cause de la transmission de la syphilis. Il y a une vingtaine d'années, un otologiste parisien a, par son incurie coupable, en cathétérisant des trompes d'Eustache avec des intruments mal nettoyés, inoculé la syphilis à un grand nombre de personnes.

Enfin, Messieurs, vous savez tous que la vaccination a plusieurs fois contribué à la diffusion de la syphilis, et a été souvent l'origine de véritables petites épidémies de véroles. Je ne puis ici vous parler plus longuement de la syphilis vaccinale, ni discuter en détail dans quels éléments de la pustule vaccinale siège le virus syphilitique. Vous savez que ce virus siège surtout dans le sang mélangé à l'humeur vaccinale (Viennois) et peut-être aussi dans les produits de désagrégations du syphilôme que la pustule vaccinale fait parfois apparaître sous elle, par suite de l'irritation qu'elle détermine. (Köbner, Gamberini, Rinecker):

Quoi qu'il en soit, la syphilis vaccinale peut provenir : 1° du vaccinifère, c'est le cas le plus fréquent ; 2° d'un sujet vacciné, si le médecin a pratiqué plusieurs inoculations successives, avec une même lancette sans la nettoyer ; 3° du vaccinateur, lorsque celui-ci dilue le vaccin avec sa salive contaminée. Remarquons en passant qu'il semblerait que les modifications imprimées à l'organisme par la vaccination puissent précipiter l'apparition des accidents syphilitiques chez un sujet en puissance de vérole.

b). Messieurs, pour terminer cette étude de la contagion indirecte, je dois vous parler rapidement des cas où celle-ci peut se faire par le moyen d'un *intermédiaire animé.*

Ici l'intermédiaire animé peut être : le sujet contaminé lui-même (un exemple suffira pour vous expliquer ce que cette proposition semble présenter de paradoxal au premier abord) ; un médecin, après avoir touché une lésion spécifique est pris d'une démangeaison dans l'œil. Dans un moment d'oubli il y porte la main et se frotte l'œil. Le résultat est un chancre infectant de la paupière, l'intermédiaire animé est ici la main. La main saine d'un sujet syphilitique peut servir d'intermédiaire animé, exemple : un sujet syphilitique ayant touché quelques-uns de ses accidents virulents, peut, dans certains attouchements, contaminer un sujet sain, avec son doigt souillé de virus. Vous en avez vu dernièrement un exemple chez une fille publique de notre salle Saint-Côme.

Le plus souvent c'est par l'intermédiaire d'un tiers que se fait la contagion. Exemple : un nourrisson sain passant en peu de temps de la mamelle d'une nourrice atteinte de syphilides du mamelon, à la mamelle d'une nourrice saine peut transporter le virus recueilli sur la première nourrice, sur le mamelon de la deuxième nourrice, et lui donner la vérole sans être infecté lui-même si son épiderme est intact. Autre exemple : une nourrice présente le sein à plusieurs enfants, ce qui n'est pas rare. L'un des nourrissons est syphilitique. Les autres nourrissons pourront recueillir sur leurs lèvres le virus dont le mamelon de la nourrice est imprégné par le premier nourrisson, et devenir ainsi syphilitiques sans que la nourrice devienne fatalement syphilitique, si son épithélium mammaire est intact. Autre exemple : un médecin, une sage-femme, après avoir pratiqué le toucher vaginal d'une femme syphilitique, en touche une autre sans s'être lavé suffisamment le doigt ou même sans s'être lavé les mains en aucune façon ainsi que je l'ai vu faire, il y a bien longtemps à Paris, par un étudiant en médecine étranger. Résultat : vérole communiquée aux autres femmes sans que le sujet ayant touché le toucher vaginal soit contaminé si son doigt est indemne d'excoriations. Dernier exemple : Comme l'ont dit, il y a bien du temps déjà, Astruc, Fabre, Swediaur et Ricord, une femme ou un homme parfaitement sains peuvent, dans l'acte du coït, avoir leurs organes génitaux souillés par le virus sans être infectés eux-mêmes si leur épithélium est intact. Et ces individus peuvent dans un nouveau coït pratiqué quelques instants après, infecter une troisième personne. Comme exemple, je vous citerai la curieuse observation suivante de Ricord : Un mari dont le prépuce très long recouvrait complètement le gland passe sans prendre de précautions du lit de l'adultère dans la couche conjugale. Sans s'infecter lui-même, il transmet la syphilis de sa maîtresse à sa pauvre femme.

Il n'est pas jusqu'aux parasites animaux (poux, acares), qui n'aient été incriminés et accusés de pouvoir transmettre médiatement la vérole après avoir sucé un sujet syphilitique. Diday a, le premier, attiré l'attention sur ce point. Vous concevez bien qu'il ne s'agit ici que d'une simple hypothèse, qui n'a pas encore été confirmée malgré une observation de Profeta.

Ce qu'il y a de certain, c'est que les parasites peuvent comme toute autre cause d'ailleurs, ouvrir des solutions de continuité susceptibles de livrer passage au virus syphilitique. Je ne puis vous en citer de meilleur exemple que le cas classique relaté par mon maître Lallier, où un malade soumis au traitement de la gale le matin, gagna le soir 19 chancres syphilitiques de la verge et des bourses, exactement autant que la frotte lui avait, douze heures auparavant, ouvert de sillons sur les organes génitaux.

Tels sont, Messieurs, les principaux modes de contamination, directs ou indirects. Vous voyez combien ils sont multiples, et cependant je suis loin de les avoir tous cités. Néanmoins, cette étude suffit pour vous rendre compte du danger qu'il y a de laisser circuler librement les syphilitiques, et pour ce qui regarde les hôpitaux, à ne pas séparer les syphilitiques virulents d'avec les autres malades.

Pour terminer, je devrais vous dire quelques mots de la syphilis transmise directement dans un but de

chantage ou de *vengeance*. Je me borne à vous signaler la possibilité du fait dont j'ai, je crois, observé un exemple.

PATHOLOGIE INTERNE

Cancer primitif de la vésicule biliaire.— Calculs biliaires. — Compression du canal hépatique. — Ictère chronique (1);

Par M. OETTINGER, interne des hôpitaux.

Le nommé Sch..., âgé de 55 ans, journalier, entre le 26 septembre 1884 à l'hôpital de la Pitié, salle Piorry, lit nº 3 (service de M. LANCEREAUX).

Son père est mort après un an de maladie, après avoir présenté des vomissements très fréquents, peut-être d'un cancer de l'estomac; sa mère est morte d'une affection thoracique aiguë en quelques jours. Il a lui-même toujours joui d'une bonne santé, et n'a jamais été obligé de s'aliter avant la maladie actuelle. Le début de cette maladie remonte à cinq mois; c'est alors qu'il a ressenti quelques douleurs dans la région épigastrique, douleurs sourdes se manifestant surtout après les repas: elles s'accompagnaient d'une sensation de pesanteur et il avait conscience alors que les digestions étaient pénibles; en même temps, il perdait l'appétit, sans éprouver toutefois de dégoût pour les aliments; enfin, il commença à cette époque à maigrir et à perdre ses forces. A aucune période il n'a souffert de vomissements; jamais il n'a présenté d'hématémèses.

Enfin, il y a dix semaines, deux mois et demi après le début de sa maladie, il a remarqué que ses téguments étaient légèrement colorés en jaune, puis que ses selles devenaient blanchâtres, décolorées: en même temps, la constipation devenait de plus en plus fréquente. Depuis cinq semaines seulement, la coloration ictérique des téguments est devenue beaucoup plus accusée, les urines enfin ont pris une teinte presque noirâtre, colorant fortement en jaune les vêtements; il y a trois semaines, la diarrhée a succédé à la constipation et l'œdème des membres inférieurs est apparu; l'amaigrissement augmente de jour en jour.

Ce qui frappe avant tout chez ce malade, c'est la coloration ictérique des téguments, coloration accusée au plus haut degré; cet ictère est dû à une rétention complète de la bile, car les selles sont absolument décolorées, blanchâtres, analogues par leur aspect à des masses argileuses; elles ne contiennent pas de graisse en proportion notable. Agitées avec de l'éther, filtrées, puis le liquide évaporé, on ne trouve qu'un résidu très peu abondant de matières grasses. Les urines contiennent une quantité considérable de pigment et de sels biliaires; elles ne dépassent pas 1.000 grammes en quantité. Voici leur analyse plus exacte: Densité, 1.016; urée, 23.22. Pas d'albumine: pas de sucre. Phosphates, 1.384. — L'urine donne les mêmes réactions que la bile pure; elle contient donc une grande quantité des éléments de ce dernier liquide.

Voici le régime suivi par le malade au moment de l'examen des urines: 200 grammes de viande, 100 grammes de pain; 1 litre de lait, 1 litre de thé au rhum, 1 litre d'une solution de Vichy.

On ne constate pas d'ascite, pas de dilatation des veines sous-cutanées abdominales; par le palper du foie, on sent une induration douloureuse au niveau du rebord inférieur des fausses côtes, à droite de l'appendice xyphoïde; cette tuméfaction, très dure, est très peu étendue; sa pression réveille une douleur assez vive. Les autres viscères sont normaux.

L'amaigrissement, l'ictère nous font penser à une tumeur de la tête du pancréas, mais la tuméfaction du foie nous fait plutôt supposer qu'il s'agit là d'un cancer du foie, probablement des voies biliaires. L'absence de glycosurie, de stéatorrhée, de douleurs épigastriques signalées dans le cancer du pancréas nous font également pencher du côté de la seconde hypothèse.

L'état s'aggrave les jours suivants; la diarrhée devient incessante, le malade s'affaiblit de plus en plus, puis le ventre se météorise, l'ascite et l'œdème des membres inférieurs apparaissent douze jours après son entrée; tandis que jusque-là l'œdème était peu accusé, il envahit toute l'étendue des membres inférieurs, puis le malade refuse toute nourriture; la langue se sèche, se fendille et l'affaiblissement va grandissant de jour en jour. Il finit par succomber le 29 octobre. Pendant toute la durée de la maladie, les urines ont offert les mêmes caractères; jamais le malade n'a présenté d'hémorrhagies, ni de fièvre; la température a constamment oscillé autour de 37°; le pouls n'a jamais été ralenti, battant 80 à 90 pulsations à la minute.

AUTOPSIE le 30 octobre, 26 heures environ après la mort. — Le cadavre est très émacié; les masses musculaires sont considérablement diminuées de volume; les téguments et les tissus sont colorés uniformément d'une teinte jaune foncé. L'ouverture de la cavité thoracique ne permet de constater qu'un épanchement jaune citrin peu abondant dans les deux plèvres.

Les *poumons*, le *cœur*, les vaisseaux thoraciques sont sains. Quelques petites plaques d'athérome dans l'*aorte* descendante. Dans la *cavité péritonéale*, il existe un épanchement de 4 à 5 litres environ d'un liquide fortement coloré par les pigments biliaires; ce liquide est absolument clair. — Les *intestins*, ouverts sur toute leur étendue, ne présentent rien de particulier; il en est de même de l'*estomac* et du *duodénum*; ce dernier seul, dans sa portion verticale, a contracté quelques adhérences celluleuses avec le foie. Le *pancréas* est sain également. — Quant au *foie*, au niveau de la vésicule biliaire, il présente une induration du volume d'un gros œuf environ, induration qui adhère au côlon transverse; une dissection attentive de ces diverses régions nous a permis de reconnaitre les particularités suivantes: le côlon, débarrassé et lavé du contenu argileux, blanchatre, constitué par les matières fecales qui le remplissent, présente, au niveau où il adhère au foie, une ulcération de la grandeur d'une pièce de 50 centimes environ; une sonde cannelée, introduite dans cet orifice, conduit sur une partie dure qui semble être un calcul biliaire. Quant à la *vésicule biliaire*, nous ne pouvons, malgré les plus grands soins, constater son existence. Suivant alors les canaux biliaires depuis l'ampoule de Vater et les incisant sur la sonde cannelée, nous remontons jusqu'au canal cystique, qui est englobé dans une masse de tissu hépatique induré, il conduit dans une cavité anfractueuse faisant corps avec le bord inferieur du foie; cette cavité est, dans une étendue de 4 centimètres environ, entourée d'un tissu dur, blanchâtre, criant sous le scalpel et qui se confond insensiblement avec le tissu hépatique voisin par des bords festonnés, un peu irréguliers; cette cavité contient douze calculs biliaires, du volume de 1 centimètre cube environ, pressés les uns contre les autres et se creusant des loges pour ainsi dire dans les tissus voisins. Il s'agit là sans aucun doute de la vésicule biliaire, dont les parois, peut-être cancéreuses, auraient adhéré au tissu du foie et se seraient confondues avec lui. A 1 centimètre environ au-dessus de la bifurcation du canal cystique, le canal hépatique est comprimé par la masse de la vésicule malade et remplie de calculs; en effet, au-dessus de ce niveau, le canal hépatique et ses deux divisions sont extrêmement dilatés, au point d'atteindre les dimensions du petit doigt; il en est de même de tous les canaux intrahépatiques, qui sont énormément dilatés et qui contiennent une bile verdâtre, pas visqueuse: le foie lui-même est de volume et de poids normaux (1,580 grammes); il est de couleur vert olive, et ne présente pas de dureté spéciale. La veine-porte, l'artère hépatique sont normales.

Les autres organes sont sains, à part les reins qui sont augmentés de volume, congestionnés, fortement ictériques.

(1) Observation présentée à la *Société anatomique* le 31 octobre 1884.

Le cerveau seul conserve sa coloration normale; il ne présente aucune lésion.

L'examen microscopique des parois constituant la poche qui était jadis la vésicule, nous a révélé, après durcissement et coloration au picrocarmin, les particularités suivantes : tout ce tissu blanchâtre, dur, est formé de nombreuses alvéoles de tissu fibreux; ces alvéoles sont peu étendues, tandis que le stroma de tissu conjonctif est, au contraire, extrêmement développé; il est formé par des fibres épaisses de tissu conjonctif se colorant fortement en rose par le picro-carmin; les cellules qui les remplissent sont de formes variées; parfois arrondies, elles prennent dans d'autres régions l'aspect de cellules cylindriques; toutes se colorent en rose par le picrocarmin; mais tandis que le noyau, toujours volumineux, prend une coloration foncée, le protoplasma est coloré faiblement en rose. Une bonne partie de ces cellules sont en partie détruites, d'autres sont infiltrées de pigment biliaire; entre elles, du reste, existent de nombreuses granulations jaunâtres de même nature.

Il s'agit là d'un *carcinome à forme squirrheuse*, ayant débuté probablement dans les parois de la vésicule, et ne s'étant généralisé dans le foie qu'au pourtour de la vésicule.

L'examen histologique des diverses régions de cet organe nous a pourtant montré en un ou deux points les plus rapprochés de la partie malade deux petits noyaux secondaires développés entre des lobules sains; il ne nous a pas été possible de savoir au pourtour de quels éléments, canaux biliaires, vaisseaux, etc., ils s'étaient développés.

Nous avons examiné le foie en plusieurs régions, après l'avoir préparé suivant les procédés habituels de durcissement et de coloration, partout nous avons retrouvé les mêmes lésions : les canaux biliaires sont énormément dilatés et leurs ramifications offrent un diamètre plus considérable que celles de la veine-porte; le canal biliaire est rempli de bile et de concrétions biliaires, et il est entouré d'un anneau de tissu fibreux; nulle part nous n'avons trouvé de nouveaux canaux biliaires et de véritable travail de sclérose; seules, les trabécules hépatiques étaient comprimées et séparées les unes des autres par des espaces assez larges, remplis de granulations biliaires; les cellules elles-mêmes étaient comprimées, troubles, fortement imprégnées par ces mêmes éléments.

Réflexions. — Il nous semble logique de supposer qu'il s'est agi, dans le cas présent, d'un cancer primitif de la vésicule biliaire, qui aurait adhéré au tissu hépatique voisin pour se confondre pour ainsi dire avec lui en une seule masse; la compression du canal hépatique ayant déterminé l'ictère ne s'est produite que secondairement.

Les rapports qui existent entre la lithiase biliaire et le cancer des voies biliaires sont connus depuis longtemps, mais il n'est pas facile de savoir laquelle des deux affections a commencé. Dans le cas présent, l'existence de très nombreux calculs enserrés dans une cavité extrêmement petite nous porterait à supposer que la lithiase a été là l'épine ayant déterminé le développement du cancer; nous n'oserions cependant émettre autre chose qu'une simple hypothèse.

Au point de vue clinique, cette observation présente aussi un intérêt particulier: presque tous les symptômes attribués au cancer du pancréas : stéarrhée, glycosurie, douleur épigastrique, etc., ont fait défaut, et il était possible, par l'analyse attentive de ces faits, d'en tirer d'utiles conclusions pour établir le diagnostic d'un cancer des voies biliaires.

Nouveau journal. — Nous recevons le premier numéro des *Archives d'hydrologie*, revue des eaux minérales d'Auvergne et du plateau central de la France, qui a pour rédacteur en chef M. le Dr E. Bourgade de la Dardye, médecin consultant aux eaux de Royat.

Kyste de la paroi postérieure de l'estomac (1);

Par **Gallois, Hontang** et **E. Leflaive**, internes des hôpitaux.

Cette observation nous a paru intéressante, tant par l'obscurité du diagnostic pendant la vie, que par la rareté de la lésion anatomique constatée à l'autopsie.

La nommée Levill..., Célestine, âgée de 22 ans, domestique, entre le 10 mars 1884 à l'hôpital Tenon, salle Claude Bernard (service de M. Strauss).

Cette malade ne présente rien à signaler comme antécédents tant personnels qu'héréditaires. Elle a été réglée à 13 ans, et la menstruation fut toujours régulière. Mariée à 17 ans, elle n'a été qu'une fois enceinte; son accouchement, qui remonte à quatre ans, a été normal; l'enfant est mort du croup à 14 mois. — La malade donne peu de détails sur le début de sa maladie. Elle était, dit-elle, sujette à la constipation. Au mois d'août 1883, à la suite d'une constipation ayant duré quelques jours, elle éprouva dans le côté gauche de l'abdomen des douleurs gênant la respiration, qui l'obligèrent à garder le lit pendant une semaine. Le ventre n'avait pas alors augmenté de volume. Depuis ce moment, ces douleurs n'ont jamais complètement disparu; elle a perdu l'appétit, elle a maigri; elle a été plus sujette à la constipation, et des vomissements survinrent à des intervalles assez éloignés; elle ne toussait pas alors.

Au mois de mars 1884, elle s'est aperçue qu'il se développait à la région de l'hypochondre gauche, immédiatement au-dessous des côtes, au point où elle avait déjà ressenti des douleurs, une grosseur difficile à bien limiter et qu'elle dit être alors du volume d'un œuf de poule. Sur le conseil d'un médecin, elle entre le 10 mars 1884 à l'hôpital Tenon, dans le service de M. Strauss.

Cette grosseur lui causait alors de vives douleurs lancinantes. Quatre semaines après son entrée, elle avait notablement augmenté de volume: on pratiqua alors une ponction et on retira environ une litre de liquide clair, fortement albumineux, ne contenant pas de crochets. Après cette ponction, la tumeur ne s'est pas complètement affaissée, mais au bout de huit jours on ne sentait plus rien par la palpation. Pendant quinze jours, les douleurs ont complètement disparu; puis, la tumeur et les douleurs ont reparu, et en huit jours le kyste avait repris son volume. Une deuxième ponction fit retirer une même quantité de liquide semblable au premier, et quinze jours plus tard la tumeur s'était reproduite.

Par élimination, on avait supposé avoir affaire à un kyste de la rate; quelques râles entendus au sommet gauche du poumon avaient fait penser à l'hypothèse peu vraisemblable d'une péritonite tuberculeuse enkystée.

La malade passa alors en chirurgie dans le service de M. Lucas-Championnière (salle Boyer). — Voici ce que l'on constate quelques jours plus tard (9 juin) : L'abdomen est augmenté de volume: il existe une tumeur développée surtout à gauche, occupant l'hypochondre, le flanc et la moitié supérieure de la fosse iliaque de ce côté, et envahissant le côté droit jusqu'à l'union des régions médianes avec les régions droites de l'abdomen. La paroi abdominale est peu distendue et nullement modifiée. Cette tumeur paraît provenir de la partie supérieure et gauche de l'abdomen; à sa partie inférieure, elle se laisse séparer du bassin par la main. Sa surface est lisse, non bosselée; elle donne lieu à une sensation très nette de flot. Elle est mate à la percussion; mais la matité ne descend pas en bas jusqu'au bassin, et est séparée en haut et à gauche du poumon par la sonorité stomacale: la matité se continue en arrière dans la région lombaire gauche. Les régions droites présentent leur sonorité normale. La circonférence de l'abdomen, au niveau de l'ombilic, mesure 86 centimètres.

La distance de l'ombilic à l'appendice xyphoïde est de 13 centimètres: celle de l'ombilic au pubis est de 17 centimètres; celle de l'ombilic à l'épine iliaque droite est de

---

(1) Observation présentée à la *Société anatomique* le 31 octobre 1884.

19 centimètres, et celle de l'ombilic à l'épine iliaque gauche est de 17 centimètres.

Le toucher vaginal ne révèle rien d'anormal.

L'état général est assez bon, quoique la malade ait maigri ; elle est toujours constipée ; les urines sont normales. Elle ne présente pas de signes manifestes de tuberculose. Les douleurs ne sont vives que dans la station verticale. Depuis trois mois, elle n'est plus réglée, et elle ne présente au moment de ses règles aucun phénomène douloureux spécial. Pendant son séjour à l'hôpital, elle a eu plusieurs nouvelles crises douloureuses, que l'on a combattues à l'aide d'injections sous-cutanées de morphine, mal supportées du reste. Elle sort sur sa demande le 21 juin.

Le 11 août, la malade entre de nouveau dans le service de M. Championnière. Son état général s'est très altéré; l'amaigrissement est très prononcé; elle a perdu l'appétit. Elle tousse depuis un mois et expectore des crachats purulents pas très abondants: une hémoptysie assez forte est survenue à la fin de juillet. A droite, dans le tiers supérieur du poumon, on entend en avant et en arrière des râles humides ; à gauche, on perçoit une respiration rude avec quelques craquements; la malade est donc tuberculeuse. Le volume de l'abdomen a beaucoup diminué ; mais elle a des douleurs abdominales assez vives et presque continues : elle est constipée ; pas de vomissements.

Le 18 août, on lui fait une application de pointes de feu en avant et en arrière du sommet droit. Elle quitte l'hôpital, améliorée au point de vue de l'état général, au commencement du mois de septembre.

Le 22 octobre, la malade entre pour la troisième fois dans le service de M. Championnière (salle Richard Wallace). C'est à peine si elle peut donner quelques renseignements sur ses nouveaux accidents. Huit jours auparavant, pendant qu'elle urinait accroupie, elle a ressenti subitement une vive douleur dans l'abdomen; depuis ce moment, elle a beaucoup souffert dans tout le ventre et elle a été prise de vomissements. Depuis vingt-quatre heures, elle n'a pas uriné.

A son entrée, la respiration est fréquente, superficielle : elle ne tousse pas. L'abdomen est ballonné, très douloureux à la pression ; l'exploration en est impossible; vomissements bilieux peu abondants Le facies est péritonéal; les extrémités sont froides, cyanosées. Le cathétérisme de la vessie est très douloureux ; il ramène quelques centaines de grammes d'une urine brun foncé. — Potion de Todd, injection de morphine.

Le soir, l'état s'est encore aggravé ; la respiration est toujours très courte, les douleurs abdominales très vives ; les vomissements persistent. Les extrémités sont froides, bleues, malgré tout ce que l'on fait pour les réchauffer. Le pouls est filiforme. La température axillaire s'élève à 40°,5. — La malade n'a pas uriné depuis le matin. — Injection d'éther (1 gramme) à cinq heures; injection de morphine à huit heures du soir. — Mort le 23 octobre à une heure du matin.

Autopsie, le 24 octobre. — La cavité pleurale gauche présente quelques adhérences : à droite, le poumon adhère à la paroi dans toute son étendue, et l'on trouve de ce côté des lésions de tuberculose pleurale récente.

Les sommets des deux *poumons* sont indurés et présentent chacun une caverne du volume d'une petite noix dont la paroi semble en voie de cicatrisation; ces cavités contiennent un peu de liquide bilieux. Dans la moitié supérieure de chaque poumon, on trouve de petits groupes de granulations tuberculeuses du volume d'une tête d'épingle. Au bord postérieur de la base droite existe un noyau crétacé, très dur, plus gros qu'une lentille.

Le *cœur* et le péricarde n'ont rien d'anormal.

En ouvrant l'abdomen, on donne issue à un liquide évidemment hématique dont la quantité s'élève au moins à 4 ou 5 litres. — Le *péritoine* est épaissi d'une manière générale : des adhérences molles se voient en divers points, et particulièrement entre le grand épiploon et la paroi abdominale antérieure. — Le *foie*, la *rate*, les *organes du petit bassin*, etc., sont normaux ; le rein droit présente seul un peu de néphrite parenchymateuse. Les viscères abdominaux sont tous recouverts çà et là d'une couche fibrineuse qui paraît bien d'origine sanguine.

A première vue, l'*estomac* paraît très distendu; mais en l'examinant de plus près, on reconnaît qu'une tumeur arrondie, molle, fluctuante constitue la plus grande partie de cette masse, et que l'estomac aplati est repoussé en haut et en avant. — La *tumeur* a à peu près le volume d'une tête de fœtus à terme ; mais peut-être était-elle plus grosse avant que les pressions exercées sur elle pendant l'extraction des viscères l'aient vidée d'une partie de son contenu au profit de la quantité du liquide intra-péritonéal. Sa paroi, bien limitée, assez épaisse, fait corps avec la paroi postérieure de l'estomac et avec le grand épiploon, notablement épaissi ; elle est nettement indépendante de la rate à gauche, du côlon transverse en bas, du pancréas et de la paroi abdominale postérieure en arrière. En haut, la tumeur s'arrête à une certaine distance du foie. Ces rapports nous font admettre que, proéminant du côté de l'arrière-cavité des épiploons, elle n'en a pas les limites. Il nous a été du reste impossible de retrouver avec netteté cette poche séreuse et de constater l'existence d'un hiatus de Winslow.

En ouvrant la tumeur, on trouve une seule grande cavité uniquement remplie par des caillots cruoriques plus adhérents à la paroi, au voisinage de l'estomac. Nous avons déjà dit que la partie la plus liquide du contenu de ce kyste aurait pu être évacuée dans le péritoine au cours de l'autopsie. En effet, à la partie supérieure, au voisinage de la petite courbure de l'estomac est un orifice arrondi, admettant l'extrémité du petit doigt et mettant le kyste en communication directe avec la grande cavité péritonéale. Il semble donc qu'une hémorrhagie se soit produite dans le kyste, que celui-ci se soit rompu et qu'il en ait résulté une péritonite généralisée mortelle.

Signalons en terminant, à titre de curiosité anatomique, une disposition singulière du péritoine pariétal au voisinage du mésentère. De chaque côté de la colonne vertébrale, à hauteur de la région lombaire, se trouvait une demi-poche oblongue, largement ouverte en avant, assez grande pour loger le poing. Celle de droite était limitée en dehors par le mesentère, qui ne s'insérait pas par conséquent au-devant de la colonne vertébrale ; celle de gauche était limitée en dehors par un repli péritonéal de plusieurs centimètres de hauteur, venant se terminer en bas au-devant de la colonne vertébrale, et en haut sur le mesocôlon transverse. Des anses intestinales remplissaient ces deux loges.

Examen histologique. — Le kyste était, avons-nous dit, appliqué contre la paroi postérieure de l'estomac et contre le grand épiploon. Des coupes ont été pratiquées en ces deux points. Au niveau du grand épiploon, la paroi propre du kyste ne se distingue pas du tissu de l'épiploon ; cependant, du côté de ce dernier, on retrouve par places des groupes de vésicules graisseuses ; du côté de la cavité du kyste, on trouve des globules rouges en grand nombre. L'hémorrhagie semble s'être produite dans l'épaisseur de la paroi et l'avoir perforée pour s'ouvrir dans la cavité du kyste. Sur la portion du caillot qui baignait dans la cavité, les globules sont disséminés irrégulièrement : on trouve au milieu d'eux un certain nombre de globules blancs. A mesure qu'on se rapproche du tissu cellulaire, les globules se disposent en traînées anastomosées. Ces traînées sont sans doute constituées par l'adossement des globules rouges qui se sont empilés les uns sur les autres ; ces globules sont reconnaissables et se colorent soit par l'éosine, soit par le carmin. Dans l'épaisseur du tissu conjonctif, on trouve par endroits des cavités dont le contenu rappelle absolument par sa disposition les traînées de globules rouges : mais les réactions colorées sont toutes différentes. En effet, ces traînées se colorent en rouge par le carmin, en violet par l'hématoxyline : ce sont sans doute des foyers d'anciennes hémorrhagies, dans lesquelles les globules ne sont plus reconnaissables à la vue et ont perdu leurs propriétés chimiques. On peut donc conclure d'après ce fait

qu'il s'est produit dans la paroi du kyste de nombreuses hémorrhagies successives: la dernière, plus considérable, aurait déterminé la mort.

Sur une coupe intéressant à la fois la paroi postérieure de l'estomac et la paroi antérieure du kyste, on voit que la paroi fibreuse de ce dernier est immédiatement en contact avec la couche musculeuse de l'organe. Sur certaines préparations, la paroi fibreuse du kyste est divisée en deux par une hémorrhagie. Les globules rouges y sont reconnaissables et ont été sans doute récemment extravasés: ils sont également disposés en traînées. On peut voir sur certains points, au milieu même de l'hémorrhagie, des cavités vasculaires appartenant vraisemblablement aux vaisseaux qui ont fourni le sang. Les parois sont rudimentaires. Il semble que dans la paroi du kyste il se soit produit des vaisseaux de nouvelle formation et d'une structure défectueuse, incapables de résister à la pression sanguine qui s'exerçait à leur intérieur.

Réflexions. — Nous n'avons pas à insister sur les difficultés que présentait le diagnostic d'une semblable tumeur pendant la vie; il nous semble que lors même que ce diagnostic eût été possible, les conclusions thérapeutiques eussent été bien embarrassantes. — En parcourant les bulletins de la Société anatomique, nous avons trouvé un fait signalé par M. Rendu (séance du 27 février 1880) qui n'est pas sans analogie avec le nôtre. Il s'agit d'un kyste dépendant de l'estomac, pénétrant même au milieu de l'anneau musculaire du pylore sans communiquer avec la cavité du viscère. Cette tumeur amena des accidents de compression de l'orifice pylorique et des voies biliaires. Les diagnostics successivement posés furent: gastrite chronique avec dilatation de l'estomac, cancer et enfin kyste hydatique du foie. Des ponctions y ont été pratiquées: la première (20 octobre 1879) ramena 950 grammes de liquide gris jaunâtre, d'aspect trouble avec des reflets bilieux, sans crochets: la seconde (25 novembre), 700 grammes de liquide moins épais, mais ayant la coloration de l'extrait de quinquina; la troisième (16 décembre), 800 grammes de liquide un peu moins foncé; la quatrième (7 janvier 1880), 900 centimètres cubes de liquide foncé, brunâtre, hémorrhagique. On tenta d'ouvrir ce kyste par la méthode de Récamier, mais la mort s'en est suivie. M. Rendu conclut « à un kyste hématique formé au voisinage de la petite courbure de l'estomac, dans l'arrière-cavité des épiploons, au sein du tissu conjonctif lâche qui existe en ce point », sans s'expliquer comment un prolongement de la poche s'enfonçait dans l'anneau du pylore. — La succession des phénomènes et le résultat de ponctions pratiquées dans notre cas, ainsi que l'examen de la paroi, nous semblent plutôt indiquer des hémorrhagies secondaires s'étant produites dans un kyste qui leur était antérieur.

Concours du bureau central. *Médecine*. — Les questions traitées par les candidats sont: *Adénopathies bronchiques; Causes, symptômes et diagnostic de la péritonite chronique généralisée; Tétanie; Dilatation bronchique; Signes et diagnostic de la sclérose en plaques; Fièvres pernicieuses.* — Les questions suivantes avaient été également mises dans l'urne: *Des monoplégies; Signes et diagnostic des paralysies diphtéritiques; Des perforations non traumatiques du poumon; Symptômes et diagnostic de la paralysie générale; Rétrécissement du pylore; Cachexie saturnine; Endocardite ulcéreuse; Complications de la scarlatine; Signes, diagnostic et traitement de la paralysie faciale; Complication de la rougeole; Paralysie de la 3e paire; Complications du diabète.*

Les candidats admis à la 3e épreuve sont: MM. Barié, Brocq, Chantemesse, Comby, Dreyfous, Duplaix, Galliard, Gaucher, Hirtz (H.), Jean, Juhel-Rénoy, Ledoux-Lebard, Lorey, Martin, Renault.

Index medicus. — Nous venons de recevoir le fascicule répondant aux nos 1, 2 et 3 du *septième volume* de cette publication si intéressante au point de vue bibliographique.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le déplacement de la Morgue.

Les crimes qui frappent vivement l'imagination ont parfois ceci de particulier qu'ils soulèvent, en dehors des choses de la police, une sorte d'enquête conduisant à des constatations qui souvent mettent à nu l'insuffisance des services publics.

Notre intention n'est pas de revenir ici sur un récent assassinat autour duquel on a déjà fait trop de bruit (1). Nous ne voulons à ce propos que retenir les particularités se rapportant au transport des corps et à leur séjour à la Morgue, cet établissement municipal qui tous les ans reçoit plus de 1000 cadavres, alors que dans la pensée de ses constructeurs il ne devait pas en recevoir 500! Aussi bien la question que nous allons soulever et discuter n'est-elle pas neuve et il y a tout lieu de s'étonner que le déplacement de la Morgue, comprenant sa réorganisation partielle, qui fait le sujet de cet article, ne soit pas déjà chose accomplie, son urgence étant depuis longtemps reconnue par tous et sanctionnée par le vote de plusieurs commissions. Et, afin qu'on ne puisse plus élever aucun doute sur la nécessité de la réforme que nous réclamons à nouveau, il est nécessaire de bien connaître l'aménagement de l'édifice et le fonctionnement des divers services qu'il renferme: les modifications nécessaires s'en imposeront davantage.

Il est peu de personnes à Paris qui ne connaissent la Morgue actuelle, cet établissement en forme de tombeau grec, bâti sur de hauts pilotis à la pointe extrême de l'île de la Cité, bordé en façade par le quai de l'Archevêché et entouré de tous les autres côtés par la Seine. Beaucoup ont franchi son pérystile et se sont arrêtés devant les vitrages de sa salle d'exposition dans laquelle, depuis trois ans, les corps sont soumis à un refroidissement qui assure leur conservation presque indéfinie. Nous pouvons même ajouter, qu'à en juger par l'étendue et l'installation toute scientifique de cette salle, la première impression est loin d'être défavorable à l'aménagement du reste de l'édifice. Malheureusement, cette impression heureuse ne tarde pas à se changer en désillusion complète pour ne pas dire plus, aussitôt que la moindre raison, le plus petit besoin force à pénétrer dans le *greffe* qui s'ouvre directement dans la partie de la salle réservée au public.

Lorsque, il y a quelque vingt ans, les bâtiments actuels furent construits, le nombre des cadavres qu'on recevait chaque année ne dépassait pas 500, ainsi que nous l'avons déjà dit. Depuis cette époque, grâce à l'augmentation toujours progressive de la population de Paris, ce nombre a doublé. De plus, le chiffre des autopsies judiciaires croissait dans des proportions imprévues et, devant les progrès de la science, chacune de ces opérations se compliquait de plus en plus de recherches accessoires soit chimiques, soit microscopiques et d'expériences physiologiques pour lesquelles, du reste, rien n'avait été prévu. Enfin, grâce à l'aide éclairée du Conseil municipal, de la Préfecture de la Seine et du

(1) *Progrès médical*, 9 mai 1885, nº 19, p. 386.

Parquet, M. le professeur Brouardel pouvait y créer un enseignement unique au monde. Il fallait des laboratoires de recherches : l'établissement actuel vu sa disposition topographique ne pouvant pas s'étendre, la Préfecture de police céda un emplacement suffisant en partie, mais trop éloigné : quant aux autres services ils restèrent tels que devant, leur insuffisance s'accentuant tous les jours de plus en plus. On peut du reste les classer ainsi qu'il suit : le service des corps à reconnaître, le service des autopsies judiciaires, tous les deux comprenant le service des familles ; le service de l'enseignement. A proprement parler, en ce qui regarde les cadavres, tous les services peuvent être confondus.

La Morgue recevant environ mille cadavres par an, il entre donc par jour 2 à 4 corps ; il en sort à peu près autant ce qui donne un mouvement de 6 à 8 cadavres par jour. Les *inconnus*, — nous ne parlons pas des débris, — en majorité des noyés, arrivent le plus souvent dans un état de décomposition avancée ; s'ils sont encore reconnaissables et exposables, on les met après les avoir préalablement lavés, dans la salle d'exposition. Sinon, on les déshabille, et, ils sont placés dans les boîtes à froid, au nombre de 14, boîtes toujours pleines vu leur chiffre insuffisant. On les y garde, longtemps, le plus longtemps possible, s'appuyant sur ce principe excellent, qu'en favorisant toutes les investigations on peut remplacer « le mot *disparu*, fertile en contestations, et procès par le mot plus dur mais net et précis, *mort* (1). » Tous ces corps, tous ces restes ont été préalablement photographiés : les vêtements des *reconnus* sont réunis et expédiés tous les quinze jours au dehors pour être brûlés par mesure d'hygiène et de salubrité. Les vêtements des non reconnus sont étiquetés et gardés pour servir, si possible, à des reconnaissances ultérieures, pendant une année entière.

Parmi ces cadavres, et, en dehors bien entendu de ceux envoyés aux fins d'autopsie judiciaire, il peut en être qui aient succombé à un attentat : aussi, tous les jours un médecin inspecteur visite-t-il les nouveaux arrivants et désigne-t-il au Parquet ceux pour lesquels il est nécessaire d'ordonner une enquête.

Examinons maintenant quel est l'emplacement réservé à ce premier service auquel est nécessairement annexé celui des familles. Les personnes, parents ou autres qui reconnaissent un cadavre ou qui viennent demander ou donner des renseignements, doivent d'abord pénétrer dans la salle du greffe donnant sur la salle d'exposition. Cette salle de dimensions fort exiguës n'est à proprement parler qu'un couloir, car elle donne accès dans tous les autres services ; il y existe un va-et-vient constant, une cohue perpétuelle de 9 h. du matin à 5 heures du soir. Les médecins, les magistrats, les employés s'y trouvent mêlés constamment à des familles venues pour donner, pour demander un renseignement, qu'elles eussent souvent désiré tenir secret, sur une disparition, sur un suicide. De plus, les reconnaissances de corps donnent fréquemment lieu à des scènes de douleur qui amènent surtout chez les femmes des attaques de nerfs et des évanouissements qui nécessitent des soins empressés. Faute de place, c'est encore dans le greffe qu'il faut secourir toutes ces douleurs au milieu du public qui s'y trouve aggloméré.

Du greffe, les familles sont conduites à la salle dite de *réception* dont l'installation est encore bien plus déplorable. Pour s'y rendre, on chemine à travers des plâtras, des décombres de toute sorte, respirant une saleté indéfinissable, car la Morgue est sans cesse en réparation, les affouillements de la Seine menaçant de la jeter bas à chaque instant. Il n'y a pas encore bien longtemps que le sol de la salle d'autopsie s'effondra de plus de cinq mètres et qu'on dut se livrer dans l'eau qui l'envahissait à un véritable repêchage des cadavres qu'elle contenait.

Dans cette salle de réception s'ouvrent les boites à froid, c'est là qu'on apporte tous les corps, c'est de là qu'ils partent : c'est encore là qu'on les lave, qu'on les déshabille, qu'on les inspecte, que se font les confrontations, et, les familles venues en reconnaissance sont exposées à voir gisants par terre les cadavres défigurés que l'on vient d'apporter, que l'on nettoie ou que l'on emporte. C'est dans ce réduit dont le sol bitumé est sans cesse inondé d'eau et de liquides cadavériques que se font les cérémonies du culte israélite et protestant ; c'est là, pour ne citer qu'un exemple encore récent, qu'une malheureuse mère, venue de province pour reconnaître sa fille qui s'était noyée après que son mari se fût brûlé la cervelle, dut passer 48 heures sur une chaise, veillant le cadavre de son enfant, avant que les formalités pour le transport en province eussent été terminées. C'est encore cette salle qu'il faut forcément traverser pour se rendre dans le bouge où sont suspendus à un clou les vêtements des inconnus. Et, il n'y a pas d'amélioration possible, l'espace manque et la Morgue ne peut s'étendre.

Passons au *service des expertises*. Les corps qui y sont soumis viennent de deux sources : nous savons que le médecin inspecteur peut demander l'enquête si la mort lui paraît suspecte ; les corps sont rendus, ils ne sont pas encore reconnus, rien à signaler en plus de ce que nous avons dit. Mais, lorsque l'autopsie judiciaire est ordonnée, que le parquet enlève à une famille des restes qui lui sont chers, on devrait au moins pouvoir leur offrir un asile, sinon plus respectable tout au moins plus respecté, que cette horrible salle de réception dans laquelle ils doivent attendre l'arrivée du médecin expert. Avec les progrès de la médecine légale, il est naturellement impossible de faire les autopsies judiciaires à domicile : outre que celui-ci se prête souvent très mal à cette opération l'expert doit avoir sous la main une foule de récipients, d'appareils compliqués qui lui sont véritablement indispensables pour mener à bonne fin la lourde tâche qui lui est confiée. C'est une nécessité cruelle à laquelle les familles elles-mêmes ne songent pas à se soustraire, car cette nécessité prend naissance dans l'intérêt qu'elles ont à ce que la justice soit le mieux et le plus promptement éclairée. Et dire qu'il n'existe même pas une salle où les parents puissent veiller leur mort avant qu'il soit procédé à l'autopsie, et lorsque l'expertise est terminée, en attendant le convoi funèbre ! Bien plus, à la Morgue de Paris, où l'on compte les autopsies par centaines, il n'existe qu'*une unique table d'autopsie*, de telle sorte

(1) Gavinzel. — *Etude sur la Morgue*, p. 46.

que les experts sont souvent obligés de s'attendre les uns les autres (1) !

Du *service judiciaire proprement dit* nous ne dirons que quelques mots : il se confond dans ses points les plus intéressants avec l'expertise et le service d'enseignement. Les magistrats et les prévenus ont une entrée spéciale qui conduit à une salle convenablement aménagée où se font les interrogatoires après confrontation. A côté se trouve un réduit, décoré pompeusement du nom de *Salle des Familles*, dans lequel on place temporairement les inculpés sous la garde des agents de police.

Il nous faut maintenant parler de *l'enseignement* fondé à la Morgue par M. Brouardel, enseignement dont la Faculté de Médecine à laquelle appartient le professeur et la Municipalité qui fournit tous les matériaux ont le droit d'être fières, car il n'a pas son analogue dans le monde entier : le grand nombre des étrangers qui le fréquentent n'en est-il pas la meilleure preuve ? Pour être admis à suivre les cours qui ont lieu à la Morgue, trois fois par semaine, il faut avoir passé le troisième examen de doctorat ; être docteur français ou étranger, ou encore magistrat. Comme toujours en France ces cours sont gratuits ; les assistants sont tenus au secret professionnel.

La salle d'autopsie, disposée en amphithéâtre, contient environ 60 places *debout*, et, les registres de la Morgue portent qu'il assiste en moyenne à chaque cours de M. Brouardel de 90 à 100 élèves. Que ceux qui désirent vérifier ces chiffres viennent un jour assister à l'une des leçons du professeur qui a créé tout entier cet enseignement, ils le verront entouré de toutes parts, jusque dans l'hémicycle, par des élèves qui comprennent qu'avant de conclure un meurtre et d'envoyer un accusé à l'échafaud, il est nécessaire d'avoir appris à conclure. La médecine légale, moins que toute autre, n'est pas science d'imagination. Aussi, vu l'exiguïté du local, les élèves sont-ils divisés par séries à temps limité et peuvent assister environ à douze cours, ce qui est tout à fait insuffisant. Et malgré cela, il est refusé par an, faute de place, 2 à 300 inscriptions : Les chiffres ont quelquefois une sinistre éloquence.

Si encore ces privilégiés pouvaient bénéficier de tous les avantages attachés à cet enseignement : mais il n'en est rien, toujours par suite du défaut d'espace. Prenons un exemple : une femme est assassinée, l'autopsie montre qu'elle a succombé à une section des deux carotides ; n'a-t-elle pas été violée ; on doit au moins le rechercher. Quoi de plus simple et de plus instructif que de faire immédiatement, sous les yeux des assistants, une préparation microscopique, que d'examiner le sang, ou d'essayer les réactions chimiques usuelles s'il y a soupçon d'empoisonnement ? Mais la salle elle-même n'est pas assez grande pour contenir les élèves ; à plus forte raison ne peut-on y installer les appareils les plus simples. Si encore on pouvait disposer dans l'établissement d'une salle appropriée à tous ces besoins dans laquelle les auditeurs se rendraient après le cours, mais l'espace manque et nous savons que les familles, les premières intéressées, n'ont même pas un cabinet à leur disposition. Est-ce à dire que toutes les recherches scientifiques si nécessaires dans des circonstances aussi graves ne sont pas exécutées : non, la Préfecture de police a bien voulu céder des locaux dans lesquels sont installés de vastes laboratoires que les élèves peuvent fréquenter, si tant est encore qu'ils puissent assister à l'examen urgent des liquides ou des pièces provenant de l'autopsie qu'ils viennent de voir pratiquer. Combien l'enseignement ne perd-il pas à toutes ces tribulations ?

Il est inutile d'insister davantage : cependant, nous risquerions fort d'être incomplet en ne plaçant pas, tout au moins sommairement, le remède à côté du mal. Du reste les réformes que nous allons exposer ont été approuvées depuis longtemps, ce qui ne paraît pas cependant en avoir hâté l'exécution (1).

Lorsque M. Hérold, préfet de la Seine, eût constitué une Commission pour étudier les conditions dans lesquelles on devrait installer les appareils frigorifiques, dès sa première séance, sur la proposition de M. Emile Trélat, les membres qui en faisaient partie adoptèrent à l'unanimité le vœu suivant (2) :

« En conséquence des faits qui viennent d'être exposés et de l'avis exprimé par la sous-commission, M. le Président met aux voix la proposition qui a pour objet la reconstruction de la Morgue sur des données plus conformes aux besoins actuels de la science ».

Au sortir des visites que MM. les commissaires du Conseil général de la Seine firent à la Morgue dans le même but, M. le docteur Decorse inséra dans son rapport sur l'installation des appareils frigoriques, l'article suivant :

« *Art.* 6 — M. le Préfet de la Seine est invité à étudier d'urgence le transport de la Morgue dans un autre emplacement, autant que possible à portée du Palais de Justice ».

Dans la séance du 14 mai 1881 du Conseil général, après une discussion dans laquelle la nécessité du déplacement de la Morgue ne fut pas même contestée, l'article 6 fut modifié dans sa forme, et l'on vota un amendement de M. Georges Martin ainsi conçu :

« M. le Préfet de la Seine est invité à étudier d'urgence la translation de la Morgue dans une des parties du Palais de Justice ou dans son voisinage et de soumettre le plus prochainement possible au Conseil général le résultat de ses études ».

Nous n'avons autant insisté sur ces délibérations que pour mieux faire constater que les vœux de la Municipalité, pas plus du reste que ceux de tout le personnel enseignant, n'ont été écoutés. Nous devons dire cependant que des études ont été faites et que cette question du déplacement de la Morgue a été agitée à diverses reprises.

Rappelons que l'établissement actuel, vu sa situation même, ne peut s'étendre : de plus, il ne faut pas

(1) Les vêtements n'étant plus lavés mais brûlés, on installe en ce moment deux nouvelles tables dans un ancien lavoir aussi mal disposé que possible pour ce genre d'opération.

(1) C. f. Projet de déplacement de la Morgue : *Rappor adressé à M. le Préfet de Police*, par P. Brouardel. Paris, 1882.

(2) Cette commission était composée de MM. Hérold, Vauthier, Delpech, Bourneville, Brouardel, Becquerel, Jamin, Trélat, Bonnet.

songer à le transformer, car, outre le manque d'espace, les réparations faites sur ce sol mouvant et factice coûteraient fort chères et seraient bientôt détruites par le travail incessant des eaux.

L'emplacement futur est du reste déjà trouvé : presqu'en face l'ancienne Morgue, il existe, faisant l'angle du quai aux Fleurs, un pâté de maisons destiné à disparaître et sur lequel on propose de réédifier à nouveau le bâtiment. Nous ne saurions qu'approuver ce choix : le lieu est central, il est voisin du Palais de Justice. Enfin, la nouvelle Morgue garderait la même adresse ou à peu près que l'ancienne. Toutefois, qu'il nous soit permis de faire quelques réflexions. Il est bien entendu que l'espace actuel est insuffisant : or, celui-ci mesure environ 1,300 mètres. Après avoir étudié et fait tracer divers plans, M. Brouardel, d'accord en cela avec les architectes, est d'avis que le nouvel établissement devra s'étendre au moins sur une superficie de 2,000 mètres. En effet, outre le service des familles auquel on devra penser en premier lieu, aussi bien en ce qui regarde les salles de dépôt des corps, que les bureaux de renseignements, il deviendra nécessaire de faire construire un amphithéâtre qui puisse contenir les élèves; de plus, il faudra transporter les laboratoires, actuellement à la Préfecture de police, dans les nouveaux bâtiments.

« Car, si on fait des recherches, microscopiques, physiologiques, toxicologiques, les unes à la Préfecture, les autres à l'ancien collège Rollin, après avoir pratiqué l'autopsie à la Morgue on aboutit à l'incertitude. Les transports multiples des bocaux, des pièces anatomiques, représentent un travail isolé, sans direction, et, on se trouve après des efforts incoordonnés dans l'impossibilité de démontrer qu'il y a un coupable, ou chose plus grave encore, que des innocents seuls ont été mis en cause. De plus, ces déplacements entraînent forcément pour les expertises des lenteurs très-regrettables pour les inculpés souvent détenus ». (1)

Ces deux derniers arguments, à l'encontre même de beaucoup d'autres, nous semblent suffisants pour démontrer que la Morgue doit posséder tous ses organes essentiels et que, tant qu'il ne seront pas groupés, les intérêts de la justice et de l'enseignement, qui sont solidaires, pourront être sérieusement compromis.

Nous n'osons plus réclamer à nouveau l'attention du Conseil général duquel dépend la reconstruction de la Morgue qui est avant tout un établissement municipal : il s'est déjà prononcé. C'est bien plutôt à l'Administration que nous adressons nos vœux ; nous croyons avoir suffisamment démontré l'urgence des mesures réclamées pour qu'on leur donne satisfaction.

Faudra-t-il encore attendre, comme le disait un jour notre grand chimiste Wurtz, la crue qui doit emporter le vieux bâtiment pour obtenir l'édification du nouveau ?

GILLES DE LA TOURETTE.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 11 mai 1885. — PRÉSIDENCE DE M. BOULEY.

M. VULPIAN s'est demandé pourquoi les *régions excitables du cerveau proprement dit ne sont mises en activité, d'une façon constante, que par l'électricité, alors que les excitants mécaniques ou thermiques n'ont en général aucune action sur elles.* La cause de cette différence serait dans la faiblesse relative de l'excitabilité des fibres excito-motrices de la substance blanche sous-corticale. M. Vulpian montre qu'un nerf quelconque répond encore à l'activité des courants, alors que les excitations mécaniques et thermiques n'ont plus aucun effet sur lui.

M. DRANSART adresse un mémoire sur la *guérison de la myopie progressive par l'iridectomie et la sclérotomie*, Il explique en outre comment la myopie peut aboutir au glaucome et le glaucome engendrer la myopie.

M. P. REGNARD décrit un *dispositif permettant de suivre par la vue les phénomènes que présentent les animaux soumis à une pression de 600 atm.* La modification ainsi apportée à l'appareil de M. Cailletet laisse constater tous les états intermédiaires entre l'entrée et la sortie des animaux.

M. DE THIERRY présente un nouvel appareil, dit HÉMA-SPECTROSCOPE, permettant d'observer une petite quantité de liquide sous une très grande épaisseur et pouvant ainsi rendre de véritables services à la médecine légale.

M. A. VILLIERS déclare que, contrairement aux faits avancés par M. Bouchard et par M. Pouchet, les *urines normales ne contiennent pas d'alcaloïdes* ; ceux-ci n'existent que dans les urines pathologiques. Les alcaloides peuvent toutefois apparaître dans des indispositions même légères ou dans le cas de lésions plus ou moins anciennes et persistantes qui passent inaperçues par suite de l'habitude. L'ingestion de doses d'eau massives dans l'organisme pourrait peut-être, dans un grand nombre de cas, faciliter l'élimination des matières alcaloïdiques. C'est là probablement le mode d'action le plus réel de la plupart des tisanes administrées dans les diverses maladies.

M. AUG. CHARPENTIER présente une note sur la *mesure de l'intensité des sensations, en particulier des sensations colorées.* Il a pu déterminer, pour les quatre couleurs principales, quelle nouvelle quantité de lumière il faut ajouter pour produire un nouveau degré de sensation.

PAUL LOYE.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 16 mai 1885. — PRÉSIDENCE DE M. HANOT.

M. BROWN-SÉQUARD complète sa précédente communication sur la transformation des globules rouges, et insiste sur ce fait que les infarctus à la suite d'injections sont plus rares qu'on ne le croit communément.

M. d'ARSONVAL pour construire ses électrodes impolorisables a étudié divers métaux : son choix s'est arrêté sur le plomb et l'argent. Au moyen d'un mélange de peroxide de plomb et de charbon, on obtient des électrodes qui peuvent se mouler sur les tissus et servir aux applications thérapeutiques. L'emploi des électrodes d'argent sous forme d'aiguilles, lui a permis de trancher la question si controversée des courants de repos des muscles et des nerfs. Les courants propres des muscles existent en dehors de toute oxydation ou de leur exposition à l'air libre.

M, BLANCHARD remet une note de M. DEBIERRE sur la persistance des débris du corps de Wolf chez la femme.

M. LABORDE remet une note de M. MENDELSOHN sur l'irradiation des actions réflexes.

M. Ch. FÉRÉ, dans une note sur la *mécanique psycho-physiologique*, résume ses précédentes communications et s'efforce de montrer que les fonctions psychiques se réduisent à un travail mécanique et à une transformation de mouvement.

La Société se forme en *Comité secret* à 5 h. 1/4.

GILLES DE LA TOURETTE.

FACULTÉ DES SCIENCES DE POITIERS. — M. RAYNAL, chargé d'un cours complémentaire de botanique est admis à faire valoir ses droits à la retraite.

(1) Brouardel. *Rapport cité*, p. 7.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 19 *mai* 1885. — PRÉSIDENCE DE MM. HARDY ET A. GUÉRIN.

L'Académie tient sa séance publique annuelle, à l'occasion de la distribution des prix de 1883 et 1884.

M. PROUST, secrétaire annuel, lit un rapport général sur les prix décernés en 1883 et 1884.

M. le PRÉSIDENT lit les sujets de prix proposés pour l'année 1885.

M. J. BÉCLARD, secrétaire perpétuel, lit l'Eloge de Claude Bernard.

Prix de l'année 1883.—*Prix Portal* (1000 fr.) : Le tubercule est-il de nature parasitaire? M. le Dr POULET, médecin-major à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce.

Prix Civrieux (2000 fr.) : Paralysies et contractures hystériques. M. le Dr P. RICHER,

Prix Capuron (2000 fr.) : De l'influence des bains de mer sur la scrofule des enfants. M. le Dr CAZIN (de Berck).

Prix Barbier. L'Académie accorde, à titre d'encouragement, 500 fr. à M. le Dr W. MURRELL (de Londres).

Prix Godard (2000 fr.) : L'Académie accorde,à titre d'encouragement : 1° 1500 fr. à M. le Dr CHAUVEL ; 2° 500 fr. à M. le Dr G. NICHOLICH JUNIOR (de Trieste).

Prix Desportes (1500 fr) : L'Académie accorde, à titre d'encouragement : 1° 500 fr. à M. le Dr VIEUSSE, pour son mémoire sur le traitement de la sueur fétide des pieds ; 2° 500 fr. à M. le Dr CAMPARDON, pour ses mémoires sur la quassine, sur le thym ; 3° 500 fr. à M. le Dr HUCHARD, pour l'ensemble de ses travaux sur divers sujets. L'Académie accorde, en outre, des mentions honorables à MM. les Drs G. NICHOLICH JUNIOR et Max. DROUOT.

Prix Buignet (1500 fr.) : M. le Dr A. CHARPENTIER (de Nancy) ; mention honorable à M. le Dr A. CHAPUIS (de Lyon).

Prix Vernois (800 fr.) : M. le Dr Ch. ELOY. Mention honorable à MM. les Drs P. FABRE (de Commentry), MARTIN et NAPIAS (de Paris).

Prix Amussat (200 fr.) : L'Académie décerne un prix de 1500 fr. à M. le Dr ARLOING (de Lyon) et accorde, à titre de récompense, 500 fr. à M. le Dr GUIARD.

Prix Huguier (3000 fr.) : M. le Dr DENUCÉ (de Bordeaux) pour son traité clinique de l'inversion utérine.

Fondation Auguste Monbuine. — L'Académie accorde les sommes suivantes avec le titre de lauréat de l'Académie : 1° 2000 fr. à M. le Dr C. VAN MERRIES (de Dunkerque); 2° 500 fr. à M. le Dr L. AMAT (de Rodez) ; 3° 4000 fr. à M. le Dr A. MARTIN, pour son étude sur l'administration sanitaire civile à l'étranger ; 4° 2000 fr. à M. STRAUS, et 2000 fr. à M. ROUX, pour les recherches scientifiques qu'ils sont allés spontanément poursuivre à Toulon au moment de l'épidémie de choléra.

Prix de l'hygiène de l'enfance (2000 fr.) : Faire connaître par des observations précises le rôle que peut jouer, dans la pathologie infantile, le travail de la première dentition. L'Académie décerne : un prix de 1000 fr. à M. le Dr SÉGOURNET (Ardennes), et accorde, à titre de récompense : 1° 500 fr. à M. le Dr ROUSSE (Vendée) ; 200 fr. à M. le Dr CARADEC fils (Brest); 200 fr. à M. le Dr A. CORIVEAUD (Gironde). L'Académie accorde des médailles d'argent à MM. les Drs L. BEC et LAPIERRE. Suivent une série de médailles et de mentions honorables accordées à des médecins qui ont adressé des mémoires relatifs aux épidémies, aux eaux minérales, aux vaccinations.

Prix de l'année 1884.—*Prix de l'Académie* (1000 fr.) : De la présence des bacilles dans les crachats et de leur valeur séméiologique. L'Académie décerne le prix à M. le Dr ALBERT JOLY, médecin-major, et accorde des mentions honorables à MM. les Drs COCHEZ (de Paris) et SORDES (Rhône).

Prix Civrieux (1500 fr.) : De la sclérose en plaques disséminées, M. le Dr P. MARIE.

Prix Capuron (1500 fr.) : Traumatisme et grossesse, leur influence réciproque. L'Académie accorde, à titre de récompense, 500 fr. à M. le Dr BOUILLET (Hérault).

Prix Barbier (3000 fr.) : L'Académie décerne le prix à MM. ARLOING, CORNEVIN et THOMAS, pour leur mémoire sur le charbon bactérien.

Prix Godard (1500 fr.) : L'Académie décerne : 1° un prix de 500 fr. à M. le Dr HUCHARD, pour son ouvrage sur les angines de poitrine; 2° un prix de 500 fr. à M. le Dr H. MARTIN, pour son ouvrage intitulé : Recherches anatomo-pathologiques et expérimentales sur le tubercule. L'Académie accorde des mentions honorables à MM. les Drs MAUREL, SERVOLES et A. CHANTEMESSE.

Prix Desportes (1500 fr.) L'Académie décerne, à titre d'encouragement : 1° 1000 fr. à MM. les Drs A. JOSIAS et NOCARD, pour leur mémoire intitulé : Recherches expérimentales et cliniques sur le traitement de la gale et de l'acarus par le naphtol ; 2° 500 fr. à M. le Dr E. ROCHARD, pour son ouvrage sur l'emploi des eaux minérales dans les affections chirurgicales ; 3° des mentions honorables à MM. les Drs BREGNAT, BOUCHER et COIFFIER.

Prix Buignet (1500 fr.) : M. le Dr QUESNEVILLE.

L'Académie décerne le prix de 1882 à M. le Dr JAVAL.

Prix Daudet (2000) : Du lymphadénome, MM. les Drs A. GERARDIN et J. BROUSSES.

Prix Vernois (800 fr.) : M. Ch. GIRARD. L'Académie accorde une mention honorable à M. DECROIX.

Prix Lefèvre (2500 fr.) : M. le Dr A. MAIRET (Montpellier), pour son travail sur la démence mélancolique. Elle accorde une mention honorable à M. le Dr G. REIGNIER (Charente-Inférieure).

Prix Orfila (6000 fr.) : De la vératrine, de la sabadilline. de l'ellébore noir et du varaire blanc. MM. Pierre RONDEAU, G. MEILLÈRE et A. HOUDÉ.

Prix Saint-Paul. L'Académie accorde, à titre d'encouragement : 1° 500 fr. à M. le Dr G. TEDOLDI (Italie) ; 2° 500 fr. à M. SIEFERT (de Wurtzbourg) ; 3° 500 fr. à M. LAMARRE (Saint-Germain) ; 4° 500 fr. à M. le Dr DELTHIL (de Nogent).

Prix de la Commission de l'hygiène de l'enfance (1500 fr.) : Etiologie et prophylaxie de la scrofule dans la première enfance. L'Académie décerne : 1° 1000 fr. à M. G. LANCRY, interne des hôpitaux de Paris ; 2° 500 fr, à M. le Dr. J. COMBY, de Paris. Suivent des médailles accordées à MM. les médecins des épidémies, des eaux minérales, de la vaccine.

Prix proposés pour l'année 1885. — *Prix de l'Académie* (1000 fr.) : Question : Des corps étrangers dans les articulations.

Prix Portal (1000 fr.) : Des causes et de la nature de l'angine de poitrine.

Prix Civrieux (1000 fr.) : De l'hémichorrée et de ses rapports avec les affections cérébrales.

Prix Capuron (1000 fr.) : Altérations du placenta ; leur influence sur l'état du fœtus. Applications médico-légales.

Prix Daudet (1000 fr.) : De l'actinomycose.

Prix de la Commission de l'hygiène de l'enfance (1600 fr.) : Rechercher quels peuvent être les rapports de la syphilis et du rachitisme dans la première enfance.

A. J.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 24 *octobre* 1884. — PRÉSIDENCE DE M. CORNIL.

8. Luxation incomplète de la cinquième vertèbre cervicale. — Mort. — Contusion sans rupture de la moelle cervicale au niveau de la luxation ; par Paul BERTHAUD, interne des hôpitaux.

Bock Pierre, 33 ans, charretier, entre le 6 octobre à 6 heures du soir à l'hôpital de la Pitié, salle Broca, n° 2 (service du Dr POLAILLON.)

Le lendemain matin à la visite on le trouve dans l'état suivant : L'intelligence est conservée, léger subdélirium. Le malade nous apprend que la veille il est tombé d'une échelle d'une hauteur de 1 m. 50 environ, sur la région de la nuque qui, nous dit-il, est très douloureuse. En l'exa-

minant attentivement, il n'est pas possible d'observer trace de paralysie faciale, non plus que de phénomènes pupillaires. La respiration est exclusivement diaphragmatique, les muscles thoraciques externes n'y prennent aucune part (pas de rhythme de Cheyne Stokes). Pouls plein et fort précipité. T, 41°. L'abdomen paraît augmenté de volume, pas de tympanisme, rétention d'urine qui nécessite le cathétérisme; ni albumine, ni sucre dans le liquide retiré en assez grande quantité (un litre) par la sonde. Pas de fractures de côtes ni des membres, aucune trace de contusion dans toute l'étendue du corps, sauf au niveau de la tête.

En effet, au niveau de la région pariétale gauche, on observe une bosse sanguine du volume d'une noix en même temps que la peau aux alentours est ecchymosée; mais le malade appelle surtout l'attention sur la région cervicale postérieure, qui est tuméfiée, douloureuse, donne la sensation d'un empâtement profond, impossibilité absolue de remuer la tête, l'exploration pour le pharynx permet de reconnaître une saillie des premières vertèbres cervicales, mais rien de caractéristique. Pas d'ecchymose pharyngienne. La déglutition de la salive s'exécute facilement. Les quatre membres, le corps tout entier à partir du cou sont *absolument paralysés* du mouvement et de la sensibilité.

Dans ces conditions, il y avait lieu de penser à une *lésion de la moelle cervicale*, et, de fait, les symptômes de paralysie ne firent que s'accentuer dans la journée, et Bock succombait à 3 heures de l'après-midi, asphyxié; le diaphragme s'était peu à peu paralysé.

Autopsie pratiquée le surlendemain à dix heures du matin, c'est-à-dire 43 heures après la mort, permet de s'assurer qu'il n'existe point de fractures, point de foyers traumatiques autres qu'à la tête.

On procède immédiatement à l'ouverture de la cavité crânienne à l'aide de la scie; aucune fracture de la voûte ne correspond à l'ecchymose pariétale gauche. Les sinus sont gorgés de sang veineux, la pie-mère est engorgée, la substance cérébrale elle-même est fortement congestionnée; mais pas le moindre épanchement de sang. Les méninges de la base ne sont point décollés, et on n'observe pas de fractures autour du trou occipital.

La colonne vertébrale est alors attaquée par la partie postérieure et une incision médiane, pratiquée vers la région de la nuque permet de reconnaître : 1° l'existence d'un épanchement sanguin considérable dans l'épaisseur des muscles de la région; 2° une saillie anormale de la cinquième vertèbre. On procède alors à l'ablation en masse de la colonne cervicale, et de l'occipital en faisant la coupe du pharynx, de telle façon que la pièce puisse être étudiée à loisir. La fig. 1 représente le squelette vu par la face antérieure; la fig. 2 une vue de la face postérieure. Et en examinant la pièce on peut se rendre compte des lésions suivantes : Le corps vertébral de la cinquième cervicale a abandonné son congénère de la 4e cervicale. Le grand surtout ligamenteux antérieur est déchiré ou plutôt arraché entièrement au niveau du corps de la cinquième vertèbre; à la partie postérieure les ligaments jaunes ont résisté, mais les articulations qui réunissent entre elles les apophyses épineuses ont leurs ligaments rompus, les artères vertébrales intactes, passent à la base des apophyses transverses intactes. Il s'agit en somme d'une forte entorse vertébrale ou mieux d'une luxation incomplète de la 5e sur la 4e cervicale.

Etat de la moelle. — Pour se rendre compte de l'état de la moelle et de ses enveloppes, on met les méninges cervicales à nu en enlevant au moyen de la scie toute la partie postérieure du canal rachidien. La dure-mère, rouge, présente au niveau de l'interligne des corps de la 4e et de la 5e cervicale un pli transversal, linéaire, formant une dépression qui s'exagère quand on met la colonne cervicale dans l'extension forcée. La pie-mère est intacte, la moelle n'est point déchirée, mais paraît comme tassée au niveau du pli dure-mérien.

M Quénu fait observer qu'il ne s'agit pas à proprement parler d'une fracture par arrachement de la colonne cervicale, mais d'un cas de déchirure du disque ligamenteux intervertébral. Il y a là, en réalité, une luxation incomplète très rare.

15. Rétrécissement congénital de l'aorte. — Dilatation et hypertrophie du cœur. — Asystolie; par M. Camescasse, interne des hôpitaux.

Le 26 juillet 1884, le nommé Guill. Julien, âgé de 16 ans, apprenti ébéniste, entre à l'hôpital Saint-Antoine, salle Axenfeld, lit n° 17 (service de M. Tenneson).

Antécédents héréditaires. — Père mort subitement au milieu d'un repas. Une sœur morte subitement à 12 ans. Mère vivante, bien portante. Il n'y a pas de rhumatisants dans la famille.

Antécédents personnels. — Il n'a jamais été malade; pas de rhumatisme, de chorée, de scarlatine.

Il y a six mois qu'il a commencé à être gêné pour respirer. Il toussait un peu. Puis, à différentes reprises, il a eu des palpitations et de l'œdème des membres inférieurs. Cependant il n'a cessé de travailler que la semaine dernière, parce qu'il s'essoufflait très rapidement et que ses jambes sont enflées. Inappétence. Selles irrégulières. Toux rare, pas d'expectoration. Urines rares. Vue troublée.

A l'entrée. — Sujet peu développé pour son âge. Orthopnée. Teinte asphyxique de la face et des extrémités. Œdème des paupières. Œdème des membres inférieurs assez considérable. On songe aussitôt à des troubles rénaux et cardiaques. Pouls très petit, fréquent. Thorax globuleux. Cœur gros; la pointe bat avec force dans le 5e espace à 4cm en dehors du mamelon, et à 11cm de la ligne médiane. A l'auscultation, souffle très fort au premier temps. On l'entend dans toutes les directions; il semble avoir son maximum vers la pointe. Auscultation des poumons : quelques râles en avant. En arrière : à droite, matité considérable, silence dans les 2/3 inférieurs, souffle au niveau des grosses bronches. Les vibrations sont mal transmises. A gauche, râles nombreux, assez fins; on entend distinctement le souffle cardiaque. Pas d'albumine dans les urines. Traitement : Ventouses sèches. Potion de Todd.

Le lendemain l'état du malade s'est singulièrement aggravé. Asphyxie très prononcée. Etat demi-comateux. Apyrexie. *Diagnostic* : Insuffisance mitrale de cause inconnue. Congestion pulmonaire intense. Saignée. On tire 300 grammes de sang à peu près. Purgation; eau-de-vie allemande. Le silence du côté droit a fait place à de nombreux râles fins. On constate la présence d'un peu d'albumine dans l'urine. Cette albuminurie reparaîtra plusieurs fois, mais d'une façon intermittente. On prend le pouls au sphygmographe. Pouls d'insuffisance mitrale à la période d'asystolie.

29 juillet. Rétention d'urine depuis hier soir. Cathétérisme facile. Jet vigoureux. Il faut sonder le malade pendant trois jours.

30 juillet. La diarrhée ayant disparu on prescrit : macération de digitale (0,30 centigr. de poudre) pendant trois jours. Diurèse. Le pouls se relève singulièrement. Régulières dans leur rythme, les pulsations sont inégalement fortes. L'œdème des membres inférieurs diminue, ainsi que la congestion pulmonaire.

Pendant le mois d'août, l'asystolie reparaît à plusieurs reprises. Deux fois la digitale amène un soulagement notable. Une troisième fois elle échoue. On essaie, en vain, le vin diurétique, l'infusion de stigmates de maïs, l'acétate de potasse, etc. Le 15 septembre, il survient de la diarrhée. L'état du malade s'aggrave rapidement. L'asystolie est de plus en plus marquée, et la mort survient le 19 septembre.

Autopsie. Pas d'épanchement dans les séreuses. Cœur volumineux. Poids : 280 grammes. Le ventricule gauche est très dilaté. Ses parois sont un peu épaissies. L'endocarde paraît sain. La valvule mitrale paraît absolument normale.

On avait constaté que les orifices aortique et pulmonaire étaient suffisants.

Aorte. Dilatée au niveau de la crosse. La paroi ouverte mesure 0,07 de largeur. La crosse est très courte et s'élève

peu. Peu après l'origine des gros vaisseaux du cou, on voit un brusque rétrécissement des vaisseaux dont la circonférence extérieure est réduite à 0 m., 026. Au-dessous, le calibre augmente rapidement : légère dilatation d'abord, la circonférence atteint 46 millimètres, pour revenir à 38 millimètres, dimension qu'elle conserve dans toute la longueur de l'aorte thoracique descendante. Immédiatement au-dessous du rétrécissement, sur la concavité de l'artère, on voit une saillie un peu dure au centre de laquelle on remarque un point noirâtre. Une section transversale du vaisseau au-dessus du rétrécissement montre un diaphragme qui occupe presque toute la circonférence. Ce diaphragme, très mince au niveau du bord libre, présente une épaisseur de 0.001 millimètre contre la paroi. Sa largeur est de 2 millimètres sur presque tout le pourtour de l'artère ; il s'amincit en s'approchant du bord concave de la crosse, et disparaît complètement au niveau de ce bord. Ce diaphragme est très tendu. Il réduit la circonférence intérieure de l'artère à 0 m. 020. Quand on a ouvert le vaisseau suivant sa longueur, on remarque sur le bord concave, une dépression en cul-de-poule, qui répond extérieurement à la nodosité décrite plus haut, et qui intérieurement est située immédiatement au-dessous du rétrécissement au niveau où le diaphragme manque. Un crin dirigé dans cet orifice sort par le point noir remarqué au sommet de la nodosité. *Congestion pulmonaire* peu marquée. *Reins* petits, (ils pèsent ensemble 120 grammes). *Organes génitaux* normaux, mais peu développés, pas de poils sur le pubis. *Membres inférieurs* bien développés.

Il s'agit en résumé d'un *rétrécissement congénital de l'aorte* siégeant au niveau de l'insertion du canal artériel, et ayant donné lieu à tous les signes d'une insuffisance mitrale. Comme dans presque tous les cas de ce genre, le diagnostic n'avait pas été fait. Pouvait-il en être autrement ? nous ne le croyons pas. Comment doit-on interpréter le souffle systolique : il nous semble qu'il s'agissait réellement d'une insuffisance mitrale, liée à la dilatation du ventricule, et produite par la tension exagérée des piliers (?).

16. Ulcération de l'artère poplitée au contact d'un foyer de suppuration ; par le Dr E. de Argez.

L'observation que nous avons l'honneur de soumettre à la Société anatomique est relative à un fait d'ulcération d'un gros tronc artériel au contact d'un foyer de suppuration chronique. Voici, résumée dans ses traits principaux, cette observation qui provient du service de M. Bouilly, à l'hôpital de la Charite.

Il s'agit d'un homme assez jeune, qui, atteint depuis trois ans d'une tumeur blanche du genou gauche, arrivée à la période de suppuration et d'abcès péri-articulaires, a subi la résection du genou le 12 septembre 1884. A cette époque il existait, outre un état local assez sérieux pour justifier cette intervention, un état général très médiocre : le malade était en effet pâle, amaigri, présentait chaque soir une élévation très marquée de la température, et, du côté des poumons, on notait, au sommet droit, les signes non douteux d'une invasion tuberculeuse.

Toutes les conditions du malade mûrement examinées, M. Bouilly pratiqua la résection. Les suites de cette opération furent assez peu satisfaisantes. Le malade restait pâle, n'avait pas d'appétit, avait toujours de la fièvre. C'est dans ces conditions que, vers le douzième jour après l'opération, une hémorrhagie très abondante survint, dont les caractères firent immédiatement penser à une lésion d'un tronc artériel qui, par son siège, devait être l'artère poplitée. L'interne de garde, appelé, fit d'urgence la ligature de l'artère fémorale, au-dessous de l'arcade.

Depuis, l'hémorrhagie ne s'est pas reproduite, mais l'état du malade n'a fait qu'empirer, à tel point que huit ou dix jours après, M. Bouilly dût pratiquer l'amputation de la cuisse à la partie moyenne. Aujourd'hui le malade est dans un état aussi satisfaisant que possible.

L'autopsie du membre, pratiquée avec le plus grand soin, démontra, ainsi qu'il est facile de s'en convaincre sur la pièce, qu'il existait, au niveau de la partie supérieure de l'artère poplitée, une dilatation anévrysmale, du volume d'un haricot environ, dilatation au point culminant de laquelle on note l'existence d'une perforation qui laisse pénétrer avec peine une tête d'épingle. C'était là évidemment l'origine de l'hémorrhagie si abondante qui s'était montrée auparavant.

Réflexions. On sait que la pathogénie des hémorrhagies des gros troncs vasculaires au contact des foyers purulents est encore entourée d'une certaine obscurité. On a invoqué le ramollissement des parois artérielles, l'existence de la fièvre septicémique, et, dans les foyers tuberculeux, l'ulcération des vaisseaux par le processus destructif propre à la tuberculose. Enfin, dans la discussion qui a eu lieu récemment à la Société de Chirurgie, M. Monod a émis l'hypothèse que ces hémorrhagies pouvaient être dues à de véritables anévrysmes, notre observation confirme pleinement cette façon de voir.

17. Cyanose congénitale. — Persistance du trou de Botal. — Rétrécissement de l'artère pulmonaire. — Aorte s'ouvrant également dans les deux ventricules. — Hypertrophie du ventricule droit ; par Vilon et Lévêque, internes de l'hôpital de Saint-Germain-en-Laye.

Le nommé Henri G..., âgé de 21 ans, était à l'hôpital-hospice de Saint-Germain, dans une salle de vieillards. — Voici les détails que sa mémoire, un peu obscure, nous a permis de recueillir : Rien du côté des ascendants ni des collatéraux. Convulsions en bas âge, engorgement des ganglions cervicaux, gourme, rougeole. A marché très tard. Dans la seconde enfance, il ne pouvait partager les jeux de ses camarades, étant rapidement essoufflé par la marche et la course. Il était toujours cyanosé. Sorti de l'école à 12 ans, sans avoir pu apprendre ni à lire ni à écrire, il fut mis en apprentissage dans une imprimerie, où il resta environ un an. Au bout de ce temps, il rentra chez lui pour soigner son père malade ; trois mois après, il était pris, dit-il, de paralysie des deux jambes et entrait à l'hôpital. A sa guérison, on l'admit à l'hospice, comme incapable de suffire à ses besoins.

Le 14 décembre 1883, jour de l'examen, le malade présente les particularités suivantes : La face est fortement cyanosée et couverte d'acné ponctuée. Le système pileux n'a pris aucun développement ; les yeux sont saillants, les conjonctives oculaires d'un rouge cramoisi, et les lèvres, très épaisses, sont, ainsi que les gencives, violacées. Embonpoint notable. Doigts hippocratiques. Lenteur des mouvements, qui amènent assez rapidement la fatigue, paresse et inertie intellectuelles, somnolence. Pendant son sommeil, généralement bon, G... pousse quelquefois des gémissements inconscients. Il a parfois la migraine et des sueurs nocturnes abondantes. La température, appréciée à la main, ne présente pas un abaissement notable.

Toux légère ; on perçoit quelques râles muqueux du côté droit de la poitrine, en arrière. Au repos, il est à peine essoufflé : mais quand il court, monte ou descend, en un mot, lorsqu'il se livre à une occupation un peu vive, la suffocation est imminente. Palpitations peu intenses, mais assez fréquentes, pouls normal. On voit nettement la pointe du cœur battre dans le quatrième espace intercostal, et ce battement est accompagné d'un retrait de la paroi thoracique, dans le cinquième espace. La main, appliquée sur la région précordiale, est assez fortement soulevée par les contractions cardiaques. Frémissement cataire intense à la base, dont le maximum se fait manifestement sentir vers le deuxième espace intercostal droit. A la percussion, à gauche du sternum, submatité au niveau de la troisième côte, matité au niveau des troisième et quatrième espaces et de la cinquième côte ; près du sternum, cette matité se prolonge jusque sur le septième cartilage costal et s'étend jusqu'au bord droit du sternum.

Dans le deuxième espace droit, près du bord sternal, et pendant la systole, on entend un souffle râpeux, intense. Il s'entend, d'ailleurs, dans toute la région précordiale, mais

diminue d'intensité à mesure qu'on s'éloigne du deuxième espace droit.

A l'ophthalmoscope, cyanose énorme de la choroïde, larges staphylomes postérieurs.

Rien de particulier du côté de l'appareil digestif et urinaire. Organes génitaux et système pileux pubien relativement assez développés.

Le sujet était. néanmoins. en assez bonne santé, quand en septembre, il est atteint de l'épidémie dysentérique qui sévissait alors sur la ville. Il succomba à cette affection quelques jours après, le 24 septembre, à l'âge de 21 ans et 8 mois.

Autopsie. — *Cœur* très volumineux. L'hypertrophie porte surtout sur le ventricule droit. Le cœur pèse 290 grammes. Les oreillettes semblent bien conformées. — L'*aorte*, dilatée à son origine, ne tarde pas à reprendre son volume normal. Ses parois ont une mollesse et une minceur qu'on ne rencontre ordinairement que sur les veines. Le ventricule droit offre une paroi très épaisse. Aucune altération de la valvule auriculo-ventriculaire ni de l'infundibulum. L'orifice par lequel ce dernier communique avec l'artère pulmonaire est presque entièrement oblitéré et admettrait à peine une plume de corbeau. Cette occlusion de l'artère pulmonaire, à ce niveau, est déterminée par une sorte de diaphragme en cul-de-poule à sommet supérieur. Ce septum paraît formé par les valvules sigmoïdes soudées entre elles et figurant ainsi un tronc de cône creux à grande base inférieure. D'ailleurs, cette unique valvule conique est parfaitement suffisante. Le ventricule gauche, dont les parois sont aussi un peu hypertrophiées, ne présente rien d'anormal du côté de la valvule mitrale. La cloison interventriculaire est incomplète à sa partie supérieure, de sorte qu'une large communication s'établit entre les deux ventricules. Vue d'en haut par l'aorte, cette cloison offre à ce niveau un bord mousse assez épais. Au-dessus de ce bord, qui est tout à fait libre, s'élève l'aorte. Celle-ci communique largement avec le ventricule gauche et le ventricule droit. Son orifice, à cheval sur la cloison, est dilaté; les valvules sigmoïdes ont pris un accroissement proportionnel et sont parfaitement suffisantes. Au-dessus d'elles se voit l'origine des coronaires. Les oreillettes n'offrent rien d'anormal, si ce n'est du côté de la cloison qui les sépare. En effet, cette dernière est incomplète : le trou de Botal, qui est à peu près fermé par le rapprochement des deux valves, laisse voir à la moindre traction un orifice circulaire d'environ 1 centimètre de diamètre. Nous n'avons pas retrouvé le canal artériel.

Poumons et reins congestionnés. — Rien d'anormal du côté des autres organes.

M. Cornil fait remarquer que le canal artériel devait très vraisemblablement exister, sans cela le sang ne serait pas parvenu aux poumons en quantité suffisante pour les nécessités de l'oxygénation. Ce cas est tout à fait en faveur de la théorie de Rokitanski, qui attribue surtout cette anomalie à l'arrêt de développement de la cloison interventriculaire, et rejette l'hypothèse de l'endocardite fœtale. Les deux ventricules, qui recevaient également du sang artériel, sont tous deux hypertrophiés, et l'on ne peut les distinguer l'un de l'autre par l'épaisseur de la paroi musculaire.

18. Genu valgum ; par M. Bouygues, interne provisoire des hôpitaux.

Marie L..., âgée de 17 ans, entrée le 25 mars 1884 à l'Hôtel-Dieu (annexe), salle Saint-Landry, lit n° 41 (service de M. Chauffard).

Cette jeune fille entre avec des symptômes d'embarras gastrique. Elle est presque idiote, parle difficilement le français, aussi ne peut-on recueillir sur elle le moindre renseignement. On sait seulement qu'elle est orpheline et que sa santé est délicate.

L'examen permet de reconnaître les particularités suivantes : Elle est petite et assez maigre. La tête est volumineuse proportionnellement au corps. Les bosses frontales, et surtout les pariétales, sont saillantes, mais ne sont pas sensiblement asymétriques. La suture sagittale est déprimée. Les maxillaires et les dents sont normaux. Le thorax ne présente pas de déformation, mais on trouve par le palper une saillie notable au niveau des articulations chondrosternales. Les membres supérieurs ne sont pas déformés, mais les membres inférieurs présentent des altérations multiples. Le membre gauche est le siège d'un genu valgum. Le membre droit est à peu près rectiligne, de sorte que les deux réunis représentent la figure d'un K. La cuisse gauche, assez grosse supérieurement, se rétrécit brusquement vers le tiers moyen, et augmente de nouveau au niveau du genou. Celui-ci est volumineux, surtout dans le sens antéro-postérieur. Il forme à sa partie interne une saillie volumineuse, paraissant surtout constituée par le condyle interne du fémur. Le condyle externe est assez profondément enfoncé dans les parties molles et paraît atrophié. L'axe de la cuisse forme avec la verticale un angle de 25° environ. L'interligne articulaire est dirigé en haut et en dehors et forme un angle de 20° avec l'horizon. Le tibia est fortement repoussé en dehors. Il forme avec la cuisse un angle très marqué. Le sommet de l'angle répond au tubercule du grand adducteur. L'extrémité supérieure du tibia est développée, surtout dans le sens transversal, et cette déformation, jointe d'une part à une saillie assez marquée de la rotule en avant, d'autre part à une incurvation du quart inférieur du fémur dans le sens antéro-postérieur, donne un aspect particulier au genou : il paraît y avoir un enfoncement de l'extrémité supérieure du tibia. Il n'y a pas d'incurvation dans le sens transversal. La rotule est déviée en dehors, et ne recouvre que fort incomplètement le condyle interne. Dans l'extension, son bord interne est distant de 17 millimètres du bord correspondant de ce condyle. Cette disposition s'exagère dans la flexion. Si on fléchit le genou, la déviation disparaît progressivement; elle est nulle au delà de la flexion à angle droit : mais si on exagère le mouvement, elle tend à se produire en sens inverse. Notons enfin l'absence de mouvements d'adduction et d'abduction, l'absence d'hyperextension.

La cuisse droite est, comme la gauche, volumineuse dans sa partie supérieure, moindre dans sa partie moyenne, très grosse au niveau du genou. Il en résulte entre les deux cuisses une sorte d'espace elliptique, allongé à ses extrémités. Le genou est volumineux, et la partie supérieure du tibia paraît enfoncée, comme du côté gauche. La jambe et la cuisse, au lieu de l'angle normal, sont presque en droite ligne. Il existe là une ébauche d'une déviation portant le pied dans la même direction que celui de gauche. La partie interne de l'interligne articulaire est située à 3 cent. 1/2 environ plus bas à gauche qu'à droite. Par contre, à cause de la déviation de la jambe, le talon droit descend (dans la position horizontale) à 4 cent. plus bas que le gauche.

L'examen des parties molles ne montre pas de rétraction musculaire, pas de paralysie. Il n'y a pas de différence de volume des deux membres.

Nous remarquons enfin une déviation légère du bassin, avec incurvation de la colonne lombaire; l'épine iliaque antéro-supérieure gauche est sur un plan un peu plus élevé et plus antérieur que celui de droite.

Quelques jours après son entrée, la malade présente trois attaques épileptiformes dans l'espace de 24 heures. Elle guérit et reste dans le service. Vers la fin de juillet, elle a deux attaques successives dans le même jour. Le 19 et le 21 septembre, deux attaques nouvelles.

A partir de ce moment, son caractère s'attriste, elle se plaint de maux de tête ; l'état général s'aggrave. Le 6 octobre, elle prend définitivement le lit avec des symptômes assez mal définis, qui font songer à une fièvre typhoïde. Le 14 octobre, on constate les signes évidents d'une méningite tuberculeuse, à laquelle elle succombe le 18 au matin.

Autopsie. On trouve les lésions suivantes que nous résumons : Les *poumons* présentent des granulations

anciennes vers leur partie moyenne et un semis très discret de granulations transparentes dans les deux sommets. Adhérences pleurales faibles, mais généralisées. — *Ganglions trachéo-bronchiques* caséeux.— Le *péritoine* pariétal et le grand épiploon, qui lui adhèrent, sont couverts de granulations tuberculeuses jaunâtres. Le mésentère. le mésocôlon présentent des chapelets de ganglions caséeux du volume d'une noisette à celui d'une noix. Le foie. et surtout la rate offrent un semis tuberculeux jaunâtre Les *reins* sont normaux. — Les *méninges* présentent des adhérences tuberculeuses anciennes dans les régions rolandiques gauches, qui sont la cause probable des attaques épileptiformes que nous avons observées. Les scissures sylviennes sont le siège d'un piqueté abondant de tubercules transparents.

Après ces constatations, nous avons procédé à l'examen détaillé et comparatif des deux membres inférieurs. Une dissection minutieuse nous a montré qu'il n'existait aucune différence entre les masses musculaires du côté gauche (côté dévié) et celles du côté droit. Tous les muscles étaient également tendus, il n'existait qu'une légère différence dans leur direction, due à la déviation de leurs points d'insertion inférieure. A part cela, ils présentaient une apparence égale des deux côtés. Ils étaient exactement du même volume, et de la même couleur à droite et à gauche. Nous n'avons trouvé aucun faisceau dégénéré (fibreux ou graisseux). Nous n'avons pas trouvé non plus de rétraction aponévrotique ou ligamenteuse. Nous avons donc été amené par exclusion à rechercher la cause unique de la déviation dans le squelette. Voici ce que nous avons constaté: Le fémur gauche est rectiligne dans ses 3|4 supérieurs, mais, au niveau de son 1|4 inférieur, il subit un double mouvement de courbure: l'un dans le plan transversal, amenant le condyle externe en dehors de l'axe de l'os, l'autre dans le sens antéro-postérieur repoussant le condyle interne en arrière et en bas. La partie inférieure du fémur paraît avoir subi un mouvement de torsion en bas, en dedans et en arrière. Le volume des deux condyles est modifié. Le condyle interne est allongé dans le sens vertical, sa face superficielle forme une masse arrondie, volumineuse à la partie externe, moins saillante en avant. La face inférieure articulaire, au lieu de décrire comme à l'état normal deux arcs de cercle appartenant à des circonférences de rayons différents, et reliés entre eux par une portion d'ellipse très aplatie (Tillaux), décrit dans ses 2|3 antéreurs une courbure uniforme à grands rayons, se continuant dans le 1|3 postérieur avec une courbure à rayon plus petit. Le condyle externe est de volume normal à sa partie antérieure. Il paraît augmenté transversalement à sa partie postérieure, sa facette articulaire est plus large en avant. Elle est surmontée d'une surface fibro-cartilagineuse assez étendue sur laquelle vient reposer la rotule dans l'extension. Le bord inférieur du condyle interne descend ainsi à 3 cent. 1/2 au-dessous du bord correspondant du condyle externe. Il forme avec l'axe fémoral un angle de 45°, et avec l'horizon un angle de 20°. Le tibia présente des altérations assez remarquables: la tubérosité interne est plus élevée que l'externe de 10 à 11^{mm}, il en résulte que le plateau regarde en haut et en dehors si on place l'os dans la position verticale. La concavité des surfaces articulaires n'est pas modifiée. L'os est à peu près normal dans le reste de son étendue. Il est un peu plus volumineux que celui du côté opposé.

De cet ensemble de lésions. résulte une déviation très marquée, l'axe du fémur forme avec celui du tibia un angle de 124°. Les ligaments latéraux, les ligaments croisés. et le ligament postérieur sont de volume normal et n'offrent pas de rétraction ou de relâchement.

Du côté du membre nous notons un volume assez considérable au niveau du genou. L'angle que forme le tibia avec l'axe prolongé du fémur est de 4° au lieu de 8°, angle normal (Bouvier). Signalons en outre une lésion qui nous parait intéressante, et que nous n'avons pas vue notée : l'axe fémoral forme avec l'os du col un angle de 94°, à gauche, de 102° à droite, au lieu de 130° angle normal (Sappey). Après l'étude des parties extérieures, nous avons scié verticalement et tranversalement les os des deux membres et nous avons trouvé les altérations suivantes : à l'union du corps et du col, à l'extrémité supérieure de la cavité médullaire, une masse caséeuse de la grosseur d'un pois ; dans le 1|3 moyen, une masse analogue un peu plus considérable ; mais les lésions principales portent sur l'extrémité inférieure. La ligne d'ossification est marquée par une mince bandelette osseuse, compacte, étendue tranversalement et décrivant de légères sinuosités. Dans sa partie externe elle est parallèle à la surface articulaire ; elle s'en éloigne notablement au niveau du condyle interne de façon à augmenter considérablement en ce point l'épiphyse. Au-dessous de cette ligne, on trouve une première zone constituée par des lamelles osseuses à direction principalement verticale et circonscrivant des aréoles assez considérables. Il existe une notable différence entre la partie interne et la partie externe : à la partie externe, le tissu osseux est dense, les aréoles sont plus petites et leur consistance est plus considérable. Elles ne diffèrent pas du tissu osseux normal. Au niveau du condyle interne les aréoles sont très grandes, elle contiennent une moelle rougeâtre, vascularisée et offrent moins de consistance. Au-dessous de cette première zone, il existe une deuxième zone formée de tissu spongieux à fines aréoles. Elle offre une épaisseur uniforme, excepté au niveau de sa partie la plus interne où elle est envahie par les grandes aréoles de la couche supérieure. A sa partie moyenne, au niveau de l'espace inter-condylien, elle est éburnée, au contact du cartilage sur une épaisseur de 2^{mm} 1/2. Au-dessus de la ligne d'ossification, on trouve une couche de forme triangulaire, dont la base répond au bord interne de l'os sur une longueur de 3 ^{cm}/ et le sommet à la ligne d'ossification à une distance de 15/^{mm} du bord externe, qui présente des altérations remarquables. A la partie interne et à la partie externe, on trouve du tissu spongieux à grandes aréoles comme celui que nous avons vu au-dessus.

Le reste de l'aire du triangle est occupé par une moelle graisseuse, jaunâtre, dans laquelle on distingue à peine quelques travées osseuses, minces et friables. A la partie interne de l'os à ce niveau, et au-dessus, on trouve du tissu spongieux normal. Les lésions siègent donc à la fois sur l'épiphyse et sur la partie inférieure de la diaphyse. Elles sont limitées à la partie interne de ces régions.

Sur le tibia, le tissu spongieux présente dans l'épaisseur de la tubérosité interne de grandes aréoles comme celles que nous avons vues dans le fémur. Ces lésions n'existent pas dans la tubérosité externe.

Dans le fémur droit, on trouve au niveau de la ligne d'ossification quelques aréoles de volume considérable remplies de moelle graisseuse, de même aspect que celles du fémur gauche, mais ces aréoles sont assez régulièrement réparties dans l'épaisseur de l'extrémité inférieure de l'os. Elles ne prédominent pas d'un côté, et, de plus, les travées osseuses qui les circonscrivent sont denses et résistantes.

Nous nous trouvons donc en présence d'une altération siégeant sur les extrémités des os qui concourent à la formation du genou, et localisée à la partie interne de ces os. Cette altération dépend évidemment du rachitisme dont nous avons trouvé des traces dans le reste du squelette. Les grandes aréoles sont constituées par du tissu spongoïde. Le travail pathologique, localisé à la partie interne de l'articulation, en a amené le développement exagéré, et, par suite, a entrainé la déviation de la jambe en dehors. Il n'est, croyons-nous, pas nécessaire d'invoquer d'autre cause, musculaire ou ligamenteuse. pour amener la déformation, Le processus pathologique, par sa localisation, a suffi à la produire. Nous désirons en outre signaler une déformation consécutive que nous avons mentionnée : nous voulons parler de la diminution de l'angle du col fémoral. Nous nous sommes demandé s'il n'existait pas un rapport direct entre l'angle formé par le fémur et le tibia au niveau du genou, et l'angle du col fémoral, comparés

sur un membre sain, et sur un membre atteint de genu valgum.

En prenant les chiffres classiques et représentant l'angle normal du col par 130° (Sappey) et celui du genou par 172° (Bouvier) et les comparant dans le cas présent à l'angle du genou, qui est de 124°, nous avons pour trouver l'angle du col, la proportion suivante : $172 : 130 = 124 : x$. Nous trouvons ainsi, théoriquement. un angle de 93°,7. La mensuration directe de l'angle nous donne environ 94°. Nous sommes donc arrivé ainsi à un résultat sensiblement exact.

Cette proportion existe-t-elle toujours? Nous ne le croyons pas. Le calcul analogue pratiqué pour le membre droit de notre sujet nous donnerait des résultats inverses de ceux que fournit la mensuration directe. Cependant, nous estimons que ce fait est intéressant et mérite d'attirer l'attention.

19. M. Hallé montre les pièces anatomo-pathologiques d'un homme qui a succombé avec des phénomènes d'*occlusion intestinale*. Une première fois il est survenu une débâcle diarrhéique; une seconde fois les phénomènes d'occlusion ont reparu et la mort a eu lieu. Une anse de l'intestin grêle était engagée sous une *bride mésentérique*. — Il existait de la *tuberculose des organes génito-urinaires* et un certain degré de péritonite. Il est probable que cette péritonite, quoique légère, a été la cause occasionnelle de l'occlusion, en provoquant du météorisme intestinal.

20. M. Lepage fait voir une *atrophie* très grande d'un *rein* trouvé chez un enfant de vingt mois.

21. M. Dubreuille montre une *tumeur kystique du cou*, rencontrée chez un enfant nouveau-né. Elle est constituée par de petits kystes séreux agglomérés et s'enfonce profondément dans la région parotidienne.

M. Broca : Dans un mémoire inédit, M. Lannelongue a décrit des kystes semblables ; ils résulteraient de la transformation d'angiomes hématiques.

Séance du 31 *octobre* 1884. — Présidence de M. Cornil.

M. Jalaguier rappelle un cas de kyste de la paroi de l'estomac présenté à la Société il y a deux ans par M. Piéchaud.

M. Letulle dit que M. Rendu a parlé d'un cas analogue à la Société clinique, et que des exemples de la même lésion sont rapportés dans la thèse de Colet, sur les kystes de l'abdomen.

M. Cornil a examiné un kyste hématique du même genre ; il provenait du service de M. Maisonneuve. Il en est question dans le *Manuel d'histologie pathologique*.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 13 *mai* 1885. — Présidence de M.

M. Verneuil communique l'observation d'une malade âgée de 59 ans, opérée à la Pitié d'une tumeur du maxillaire inférieur, lentement développée depuis douze ans: l'examen histologique montra qu'il s'agissait d'une tumeur mixte, *fibro-chondrome* en voie d'ossification.

M. Poulet présente une énorme tumeur osseuse du maxillaire supérieur; cet *ostéome*, developpé primitivement sous le maxillaire supérieur droit, envahit le maxillaire du côté opposé, si bien que l'on peut se demander s'il ne s'agit point d'une hypertrophie diffuse des os de la face.

M. Monod, revenant sur l'histoire du malade atteint de *chéloïdes cervicales*. qu'il a présenté à la dernière séance, réclame l'avis de la Société.

M. Ledentu est d'avis qu'il ne faut point intervenir dans ces cas de chéloïdes autrement que par des scarifications, qui réussissent bien d'ordinaire. Après l'extirpation, la récidive survient le plus souvent, et il est sage d'en arrêter le commencement par des scarifications, moyen simple qui a déjà fait ses preuves.

M. Réclus a traité une chéloïde par la compression, à l'aide de bandelettes de Vigo et un traitement général anti-scrofuleux ; le résultat a été excellent.

M. Lefort pense que pour le cas présenté par M. Monod, étant donné la pédiculisation des tumeurs, l'extirpation est légitime.

M. Berger a extirpé une chéloïde; la guérison a été rapide, mais huit mois après la récidive était complète; en conséquence, il incline à admettre les scarifications.

M. Verneuil n'admet pas l'extirpation, car la récidive est certaine; les chéloïdes scrofuleuses et syphilitiques cèdent à un traitement approprié, à condition qu'il soit longtemps continué; les chéloïdes spontanées et les chéloïdes traumatiques récidivent constamment après l'opération; cependant, M. Verneuil a obtenu deux succès par la compression élastique.

M. Lucas-Championnière croit que la récidive a moins de chance de se produire, si l'on obtient après l'extirpation une réunion immédiate parfaite; il opérerait le malade présenté par M. Monod.

M. Tillaux n'opérerait pas; il rappelle le conseil que donnait Nélaton à la fin de sa carrière : « n'opérez jamais les chéloïdes. »

M. Verneuil fait une communication sur le *traitement du tétanos traumatique :* immobilité, chaleur, séjour dans l'obscurité et le silence, aliments liquides, chloral à hautes doses. tels sont les éléments principaux du traitement auquel M. Verneuil doit déjà de nombreux succès ; il fait observer que ce traitement doit être continué pendant un certain temps ; qu'il ne faut point en diminuer la rigueur lors d'une rémission, sous peine d'observer la reprise immédiate des accidents. Il cite à l'appui plusieurs cas de guérison obtenus à l'aide de ce traitement par MM. Cauchois (Rouen), Vallin (Angers). Balu (Nanterre). M. Verneuil insiste particulièrement sur l'association de la morphine et du chloral ; les injections de morphine sont employées avec avantage contre les douleurs et les accès convulsifs.

M. Richelot croit à l'efficacité du chloral contre le tétanos ; mais cette efficacité n'est pas absolue et ce traitement ne réussit que lorsqu'on y joint les autres conditions signalées, calme, chaleur, etc. M. Richelot pense que lorsqu'une intervention chirurgicale est indiquée chez un tétanique, il y faut procéder sans tarder, car on compte de nombreux exemples de tétanos enrayés par l'action chirurgicale. Il accorde moins de valeur aux injections de morphine.

M. Terrier juge très rationnelle la formule de traitement donnée par M. Verneuil : mais ce traitement ne donne pas toujours les mêmes résultats ; et puis, il n'est pas toujours praticable, quand, par exemple. il faut panser fréquemment une fracture compliquée ; enfin, il est des malades qui ne peuvent avaler une goutte de liquide sans éprouver des accès de suffocations. Il est des tétanos suraigus qui évoluent avec une rapidité telle (6 heures) que l'on n'a pas le temps d'instituer un traitement.

M. Sée accorde une grande importance au traitement de la léison originelle, soit que l'on ampute, si l'amputation est indiquée. soit que l'on fasse un pansement antiseptique qui puisse rester plusieurs jours en place.

M. Poncet croit que le chloral réussit dans les tétanos chroniques, mais reste impuissant dans les cas aigus où la température atteint 40° dès le troisième jour.

La discussion sur le traitement du tétanos sera reprise dans une des prochaines séances.

Elections : Au cours de la séance, M. Humbert a été nommé membre titulaire par 22 voix sur 31 votants.

SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE

Séance du 16 *avril* 1885. — Présidence de M. Dureau.

M. Hamy présente une reproduction de peintures fort gros-

sières, découvertes dans des cavernes de la colonie du Cap et qui figurent une scène dans laquelle on peut reconnaître des Bochimans poursuivis par des cafres.

M. CHUDZINSKI présente le moulage d'une main sur laquelle il a trouvé un muscle extenseur de l'index, complètement isolé et s'insérant sur le cubitus.

On supposait généralement que les Chinois ne mangent pas des œufs pourris comme on le prétendait jadis, mais des œufs couvés renfermant des peptones formées durant l'incubation.

Or M. DUVAL, examinant des œufs chinois a vu qu'il s'agissait bien là d'une véritable fermentation, mais d'une fermentation spéciale probablement artificielle, produisant une odeur ammoniacale qui rappelle celle du fromage avancé. L'œuf est mangé tel quel.

M. DROUAULT rappelle non sans faire des réserves que M. HEMENT a fait à l'Académie des sciences morales et politiques, une communication d'où il résultait que les sourds-muets, auxquels on apprend à parler, présentent soit les vices de prononciation, soit l'accent de leurs parents ou de leur pays natal. Ces faits singuliers de transmission héréditaire des défauts du langage auraient été signalés par divers observateurs en Angleterre et en Espagne. C'est en somme une question encore à l'étude et discutable; il semble en effet, lorsqu'on entend parler des sourds-muets, qu'on a affaire à une vraie machine parlante, comme celle qui a été exhibée à Paris il y a quelques années. Les sons sont rudes, saccadés ; la voix criarde sans aucune nuance ni modulation et par suite sans qu'il soit possible de reconnaître un accent quelconque.

M. MANOUVRIER expose les résultats généraux que lui ont fournis les mensurations qu'il a pratiquées sur les Peaux-Rouges du Jardin d'acclimatation; il résume aussi les observations qu'il a pu faire sur ces sauvages, et à ce propos, il insiste sur ce fait général que l'exagération de l'acuité des divers sens chez les sauvages est un fait ordinairement admis, mais qui en somme ne repose pas sur des preuves suffisantes. En effet, l'observation de chaque jour montre clairement que lorsque l'on a besoin d'un sens et qu'on l'exerce très fréquemment, ce sens donne des indications plus précises, plus complètes, sans que pour cela il ait acquis une acuité plus grande; en somme, on l'utilise mieux sans qu'il y ait un perfectionnement réel de l'organe sensoriel lui-même. A ce sujet, plusieurs membres de la société citent des exemples variés . un chasseur novice ne verra pas le gibier dans un fourré, tandis qu'après quelque temps d'exercice, il apercevra le plus petit oiseau ; un habitant d'une ville, venant à demeurer près d'une chute d'eau, sera assourdi pendant quelques jours, mais bientôt arrivera à distinguer tous les bruits du voisinage que la chute l'empêchait tout d'abord de percevoir, etc. Il y a plus, on observe souvent une véritable spécialisation d'un sens en vue d'un but déterminé : un entomologiste, même myope, pourra distinguer de fort petits insectes à terre; un archéologue apercevra un silex taillé sur un tas de cailloux, alors qu'une personne ayant une bien meilleure vue, mais désintéressée de la question, ne verra rien. Cependant, on ne saurait être absolu; en effet, M. DENIKER a fait observer que l'acuité visuelle des soldats du Caucase, mesurée optiquement, était souvent double de l'acuité normale, parfois même chez un Kalmouck, triple. C'est là en somme, une question complexe, l'habitude, l'observation des plus petits phénomènes pouvant être de quelque utilité, parfois des procédés spéciaux, etc., sont autant de moyens qu'emploient les sauvages pour aider leurs sens et réaliser ces faits de véritable virtuosité sensorielle, qu'on n'est pas en droit d'attribuer exclusivement à une acuité exagérée. L. CAPITAN.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

II. De l'action antizymasique de la quinine dans la fièvre typhoïde; par F. PÉCHOLIER, professeur agrégé à la faculté de médecine de Montpellier. — Paris, A. Delahaye, éditeur, 1885.

III. Recherches expérimentales sur l'action physiologique et thérapeutique du phosphate de chaux: par L. DUSART. — Paris, 1884.

IV. La coca et la cocaïne; par MARIANI. — Paris, Adrien Delahaye, éditeur, 1885.

V. Du traitement rationnel de l'affection furonculeuse; par le Dr GINGEOT, médecin des hôpitaux. — Paris, Oct. Doin, éditeur, 1885.

I. La fièvre typhoïde, pour le Dr Pécholier, étant due à un ferment, un microbe (bacille de Klebs ou tout autre), s'attaquer à ce microbe, s'opposer à sa prolifération, le détruire, est l'indication majeure du traitement de la maladie. Les effets si puissants de la quinine dans cette affection, et rapportés par les uns à son action antipériodique, par les autres à son action hypothermique et antipyrétique, seraient dus, suivant l'auteur, en première ligne à son *action antizymastique*, bien supérieure à celle de la créosote et de l'acide phénique.

Voici la méthode rigoureuse d'après laquelle il faut administrer le remède. Commencer la quinine au premier soupçon de la fièvre typhoïde, et la donner quotidiennement à la dose de 80 centigrammes à 1 gramme pendant la période d'augment et d'état, puis à dose décroissante jusqu'à défervescence complète. En se conformant à cette méthode, M. Pécholier aurait soigné plus de 50 typhoïsants dans ces dernières années, sans en perdre un seul. En outre de cette terminaison constamment favorable, le processus morbide est singulièrement amoindri et raccourci. La maladie evolue généralement à une température inférieure d'au moins un degré à celui qui aurait existé si la marche de la fièvre eût été abandonnée à elle-même. La convalescence commencerait du 12e au 18e jour.

Cette action de l'alcaloïde du quinquina est-elle directe et due à des effets toxiques sur le ferment? Est-elle au contraire subordonnée à l'action hypothermique du remède, laquelle modifierait la fermentation? C'est aux expériences de laboratoire à prononcer, en agissant sur le bacille typhoïde.

M. Pécholier n'est pas partisan de l'emploi, et surtout de l'emploi persistant de la quinine à dose élevée (3 gr.), qui peut être dangereux en prédisposant le malade à une syncope, par suite des modifications pathologiques déterminées par cet agent sur le tissu du cœur.

II. S'appuyant sur des observations et des faits physiologiques, M. Dusart démontre que le phosphate de chaux est un agent d'irritabilité nutritive et, par suite, un excitant général de la nutrition. Partout où une cellule prend naissance, qu'elle soit végétale ou animale, partout où de nombreux tissus sont en voie de formation, le phosphate se concentre dans la partie où se produit ce travail d'organisation, et cela dans des organismes comme les mollusques, où le phosphate est infiniment rare. Son absence ou son défaut entraîne au contraire la stérilité, le dépérissement ou la mort.

L'auteur montre également qu'un lien des plus étroits rattache l'existence de la matière azotée des êtres vivants, à la présence des phosphates, à base de chaux chez les animaux, à base alcaline et calcaire chez les végétaux. De plus, le phosphate de chaux est lié intimement à l'activité des animaux et à leur chaleur propre, de sorte que sa quantité est à son maximum chez les êtres dont la température et l'activité sont plus grandes et qu'elle diminue à mesure qu'ils occupent un rang plus inférieur dans l'échelle des êtres. Enfin, si l'on examine les effets qu'il produit sur les animaux chez lesquels la quantité normale a diminué soit par l'effet de la maladie, soit par le fait d'une alimentation mal appropriée à l'individu, c'est alors que nous voyons apparaître, avec la dernière évidence, l'influence qu'il exerce sur la nutrition et sur l'assimilation.

Après ces considérations physiologiques, M. Dusart étudie les effets thérapeutiques du phosphate de chaux et passe en revue, avec de nombreuses observations à l'appui, les affections dans lesquelles ce médicament a produit les meilleurs résultats : grossesse et allaitement, athrepsie, rachitisme, inanition minérale, plaies et fractures, phtisie et cachexie, mal de Pott, albuminurie, convalescences de fièvres graves, dyspepsie acide.

III. M. Mariani est un apôtre convaincu de la coca. Déjà

en 1867, il avait cherché à vulgariser en France l'emploi de cette plante : la singulière fortune qui s'est, depuis, attachée à l'arbuste péruvien et à son alcaloïde, l'a seule engagé à en écrire l'histoire.

La botanique de l'érythroxylon coca ou cocaïer (famille des linacées), est longuement étudiée dans cette brochure. La culture de cet arbuste s'étend dans toute la zone torride de l'Amérique du sud. A l'époque où Pizarre aborda sur la côte péruvienne, les indigènes considéraient la feuille de coca comme une plante divine, un fétiche aux vertus surnaturelles; son usage était le privilège des grands et des prêtres, et parmi les plus hautes récompenses que le souverain pouvait accorder à ses sujets, on plaçait avant toutes les autres, la faculté de mâcher des feuilles de coca.

Le résultat le plus immédiat, le plus palpable de l'absorption des principes de la coca consiste à accroître les forces de l'homme, à lui permettre d'exécuter avec beaucoup moins de fatigues les travaux les plus pénibles et les plus prolongés. C'est la coca qui permet au mineur des Andes de se livrer aux rudes travaux nécessités par l'extraction des minéraux; c'est la coca qui permet à ce même indien d'exécuter, alors qu'il n'a qu'une alimentation insuffisante, les longues courses qui ont frappé d'étonnement tous les voyageurs témoins du fait. En 1781, raconte Unanne, au siège de la Paz (Bolivie), les assiégés ayant consommé toutes leurs ressources, un certain nombre d'entre eux eurent l'idée de mâcher des feuilles de coca pour tromper leur faim. Lorsque le siège fut levé, on constata, non sans quelque étonnement, que ceux-là seuls qui avaient fait usage de la coca, avaient résisté aux privations du siège, au froid excessif, à l'absence de sommeil et à la faim. Scherzer cite le cas d'un indien qui, grâce à la coca, put faire 180 kilom. à pied, n'ayant pour toute nourriture pendant sa route que quelques grains de maïs rôti; les observations de ce genre sont très nombreuses et prouvent toutes que la coca est un stimulant du système nerveux de la respiration et de la circulation, et se comporte comme un véritable comburant.

IV. Dans ce travail, extrait du bulletin général de thérapeutique, M. le Dr Gingeot, partisan convaincu de la nature parasitaire du furoncle et l'anthrax, préconise un traitement *intus* et *extra* purement microbicide. Il rejette les émollients, cataplasmes ou bains, qui ne servent, d'après lui, qu'à activer le développement de la *torula* (microbe de la furonculose) ; il n'est pas partisan, également, de l'incision prématurée. Très souvent, il a pu faire avorter des furoncles par des applications répétées d'alcool camphré ou de teinture d'iode. Quand le traitement abortif n'a pas réussi, il panse alors le furoncle avec une solution aqueuse ou alcoolique d'acide borique.

Concurremment avec les lotions boriques, on peut employer les bains d'alun et de soude (1 kil. pour un bain) les bains de sublimé (10 gr.) ou les bains sulfureux. Mais le traitement par excellence de la furonculose est l'administration à l'intérieur de l'hyposulfite de soude (1 gr. 80 par jour), et surtout de sulfure de calcium. Ce dernier médicament peut être employé sous forme de poudre de Pouillet, 2, 3, et même 6 à 8 mesures dans les 24 heures (la mesure est déterminée par une petite cuiller attachée au flacon et correspondant à 12 centigr. de poudre). Cette médication sulfurée, dont la durée doit être d'un mois au moins, arrêterait des poussées furonculeuses de plusieurs années de date, et qui n'auraient pu être enrayées par les traitements classiques. F. BOTTEY.

CORRESPONDANCE

De l'Inspectorat médical dans les Stations thermales.

Mon cher Directeur,

Dans la note dont vous faites précéder l'article de M. Cornillon « sur l'Inspectorat médical dans les Stations thermales », vous dites que, pour vous, une seule raison existe en sa faveur : elle est tirée des soins à donner aux indigents. A mon avis, ce n'en est pas une, et je m'étonne que la Commission chargée récemment d'étudier cette question, se soit ajournée indéfiniment, sans rien conclure, devant l'impossibilité d'assurer à l'avenir le fonctionnement du service gratuit.

Dans la plupart des villes d'eaux, il existe un hospice civil auquel un ou plusieurs médecins sont attachés. N'est-il pas tout naturel que les malades indigents se rendent à la consultation de cet hospice où toutes les indications leur seront fournies pour leur traitement thermal. Dans les localités où ces établissements hospitaliers n'existent pas (et mêmes dans celles où ils existent), tous les médecins consultants ne se feraient-ils pas un devoir de donner leurs soins aux indigents? Bien plus, ils sont presque intéressés à les soigner le mieux possible, car le client soigné pour rien est le vrai client reconnaissant qui ne manquera pas, rentré chez lui, de publier bien haut le mérite de son médecin des eaux et lui fera ainsi la meilleure des réclames.

Les soins à donner aux malades indigents ne motivent donc pas le maintien des inspecteurs médecins. Aussi ne puis-je admettre ave M. Cornillon que le concours soit institué pour recruter ce genre de fonctionnaires. Que si l'on veut créer une sorte de docteurs en médecine hydrologique, je n'y vois aucun inconvénient ; ce sera une garantie de plus pour le public et le médecin revêtu de ce nouveau grade, aura le droit de s'en prévaloir.

Si l'on tient absolument à ce que l'Administration désigne un médecin pour donner des soins gratuits aux indigents, et si son rôle officiel se borne uniquement à cela, pourquoi l'appeler médecin *inspecteur*, puisqu'il n'a rien à inspecter. Pourquoi le revêtir de cette estampille officielle qui a l'air de l'offrir au public comme un médecin garanti par l'Etat et tout indiqué à la confiance des malades.

Il ne faut cependant pas laisser sans surveillance les propriétaires ou fermiers d'eaux minérales ; ce sont gens, en effet, comme le fait observer M. Cornillon, à ne pas toujours avoir en vue le bien du malade, mais plutôt leur propre intéret. Aussi, tant au point de vue du bon aménagement des sources, du maintien de la pureté des eaux que de la bonne installation hydrothérapique, l'Etat doit-il avoir un moyen de contrôle. L'inspectorat, tel qu'il est organisé, le lui a-t-il toujours fourni ? Je veux bien que tous les inspecteurs connaissent à fond l'outillage balnéaire et qu'ils en exigent l'installation dans leurs thermes ; il est aussi de l'intérêt de la compagnie fermière de ne pas se laisser dépasser par les stations rivales. Mais combien d'inspecteurs sont-ils aptes à diriger le captage d'une source, combien y en a-t-il qui fassent un dosage de gaz, un essai sulfurométrique ou même un simple jaugeage? Ce sont là, cependant, des opérations de contrôle fort utiles pour juger si les eaux sont toujours semblables à elles-mêmes. Des fermiers peu scrupuleux prennent quelquefois l'eau au torrent voisin lorsque leurs réservoirs sont trop bas. Si le médecin inspecteur était tel que le veut le décret de 1863, il devrait joindre à ses qualités administratives des connaissances techniques qui sont plutôt du domaine de l'ingénieur.

Aussi, ces fonctions d'inspecteur d'eaux thermales devraient être confiées à un ingénieur et non à un médecin. Lui seul a la compétence suffisante pour surveiller le bon fonctionnement d'un établissement thermal. Et quand il faudrait introduire une amélioration ou une modification quelconque, rien ne serait plus facile que de demander son avis au corps médical de la station. C'est ainsi, qu'à la satisfaction de tous, cela s'est passé l'année dernière à Barèges, où nous n'avions pas d'inspecteur et où cependant le service gratuit n'a nullement laissé à désirer.

Agréez, mon cher Directeur, l'assurance de mes sentiments dévoués. Dr G. BÉTOUS.

BIBLIOGRAPHIE

Contribution à l'étude de la croissance chez l'homme et les animaux (physiologie et hygiène comparées); par le Dr SAINT YVES MÉNARD. — Paris, Asselin et Houzeau, in-8 de 113 pages, 1885.

La croissance, c'est-à-dire le phénomène physiologique qui consiste dans le développement du corps de l'homme et des animaux depuis la naissance jusqu'à la formation

complète, est connue sans doute dans ses traits les plus généraux ; on peut dire pourtant qu'il est un grand nombre de questions de la plus haute importance et se rattachant à son histoire même, qui n'ont pas encore été élucidées. On doit, à cause de cela, accueillir avec satisfaction l'important travail que M. le Dr Ménard vient de consacrer à cette étude.

Professeur de zootechnie à l'Ecole centrale des arts et manufactures, sous-directeur du Jardin d'acclimatation, M. le Dr Ménard réunissait plus que tout autre les conditions scientifiques et matérielles nécessaires pour mener à bien une tâche aussi ardue ; sa haute compétence comme zootechnicien nous est un sûr garant de l'excellence de son étude, et sa situation au Jardin d'acclimatation le mettait dans des conditions exceptionnellement favorables à des observations multiples et prolongées.

Celles-ci ont porté principalement sur des mammifères de grande taille, sept girafes et un éléphant, et quelques-unes d'entre elles ont été poursuivies pendant huit années consécutives. On conçoit l'intérêt qui s'attache aux résultats acquis après une expérience d'aussi longue durée. Ces résultats sont consignés dans un grand nombre de tableaux de chiffres et, ce qui parle mieux à l'œil, dans une série de tracés graphiques donnant pour chaque sujet la courbe de croissance.

L'examen de ces courbes met en lumière certaines données intéressantes, par exemple leur grande ressemblance, dans leur direction générale, chez l'homme, les girafes et l'éléphant ; ce sont approximativement des paraboles (1). La croissance, très active pendant les premières années, se ralentit de plus en plus dans les années suivantes, sans que les chiffres d'accroissement forment une progression géométrique. Enfin, l'homme a acquis à trois ans, sensiblement la moitié de la taille qu'il doit avoir à l'âge adulte.

Il ne faut pas perdre de vue que ce sont là des résultats généraux. En particulier, on voit souvent la marche de la croissance présenter des variations nombreuses, suivant le sexe, la race, la saison, le régime, l'état de santé, etc. Un enfant peut grandir plus une année que l'année précédente. En un mot, le travail d'accroissement est incessant, du moins jusqu'à l'âge adulte, mais il n'est pas toujours régulier et il peut se faire à certains moments comme par secousses.

A la naissance, les enfants ont à peu près le vingtième du poids auquel ils parviendront à l'âge adulte. L'augmentation de poids, dans l'espèce humaine et dans les espèces animales observées, ne suit pas l'élévation de la taille, elle se fait irrégulièrement.

M. Ménard étudie encore la durée de la croissance, le développement relatif de certaines régions du corps pendant la croissance, l'influence de la consanguinité, des saisons, des climats, de l'alimentation, de l'exercice, des maladies. Nous ne pouvons entrer dans le détail de toutes les observations qu'il a pu faire, cela nous entraînerait beaucoup trop loin. Nous nous bornerons à dire quelques mots de l'influence des sexes.

Les observations de M. Ménard lui ont permis de vérifier et de confirmer par des chiffres ce fait connu depuis longtemps déjà chez l'homme, à savoir que le mâle naît plus grand que la femelle et arrive à une taille supérieure ; mais celle-ci croît plus promptement et elle arrive au terme de sa croissance plus tôt que celui-là.

La castration, comme on sait, modifie la croissance et la taille. Pratiquée dans le jeune âge, elle concourt à donner aux mâles certains attributs physiques et moraux des femelles. On pourrait donc s'attendre à voir les castrats ressembler aux femelles sous le rapport de l'accroissement, c'est-à-dire à constater un ralentissement de la croissance après la puberté et une diminution de la taille finale. Or, c'est absolument le contraire qui s'observe. A l'âge adulte, les eunuques se reconnaissent à leur grande taille : ils ont surtout des jambes monstrueuses par leur longueur. Dans les espèces animales, la croissances de mâles est influencée par la castration à peu près de la même manière que chez l'homme.

Telle est la substance du livre de M. Ménard. Cette publication, où les observations personnelles sont accumulées à chaque page, fait le plus grand honneur à son auteur et à l'établissement scientifique dont il a mis à profit les précieuses ressources. R. Bl.

(1) C'est là un fait remarquable, car la taille ne se mesure pas chez l'homme de la même manière que chez les espèces quadrupèdes : chez nous, elle se prend du sol au vertex, chez l'animal du sol au garrot.

Dictionnaire des progrès des Sciences et Institutions médicales ; par M. P. Garnier ; 20e année, in-18. — Paris. F. Alcan, 1884.

Le *Dictionnaire annuel* de M. Garnier, paraît s'adresser à la fois et aux médecins et aux gens du monde. Après lecture, nous pensons qu'il doit être exclusivement réservé aux derniers.

De l'asphyxie des tissus ou endasphyxie ; par le Dr Arnaud.— Montpellier. 1884.

Ce travail est consacré aux troubles de la respiration des tissus. Le mot endasphyxie est un néologisme créé par l'auteur ; il lui sert à désigner les phénomènes morbides qui résultent du défaut d'oxygène ou de l'excès d'acide carbonique dans les capillaires des tissus. Les conditions pathogéniques de l'endasphyxie sont donc nombreuses et complexes, elles se produisent chaque fois que l'une des deux grandes fonctions de la respiration ou de la circulation est altérée.

Le Dr Arnaud fait de l'endasphyxie une sorte de syndrome qu'il essaie de décrire. Il rapproche alors les affections les plus dissemblables et nous donne un tableau de la mort dans les maladies aiguës et chroniques. Ce phénomène ultime constitue pour lui l'endasphyxie. Nous comprenons qu'il soit très réservé sur le pronostic et surtout le traitement.

De l'ignium ou magnétisme animal ; par le Dr Bayonne. — Auch, 1884.

L'auteur commence par cette curieuse définition de l'homme et des animaux : *un syllogisme vital* ; il se livre ensuite à une longue discussion sur le matérialisme et l'animisme. L'ignium ou magnétisme animal est le feu primordial et terminal de la vie. L'ignium se produit par le dégagement de l'étincelle magnétique animale, lorsque les radicules du grand sympathique reçoivent l'impulsion vitale. Ce travail ne contient rien de médical, c'est une œuvre d'imagination pure.

CONSEIL MUNICIPAL

Maladies contagieuses des enfants.—Maladies chroniques.

Dans la séance du 1er mai le Conseil a renvoyé à la 8e commission, une proposition de M. Chautemps, qui invite l'Administration à présenter au Conseil les devis relatifs à la création, dans les deux hôpitaux d'enfants, de pavillons isolés où les malades amenés à la consultation puissent être répartis, lorsqu'ils sont atteints d'affections contagieuses, dans des salles spéciales et desservies par un personnel spécial. Le Conseil a de plus invité l'Administration à prendre provisoirement les mesures nécessaires pour qu'un [illegible] placé à la porte de la salle de consultation puisse en interdire l'entrée aux malades atteints d'affections contagieuses, lesquels seront reçus dans une salle particulière.

Dans la même séance elle a renvoyé à la même commission une autre proposition de M Chautemps, invitant l'Administration à présenter dans le plus bref délai, un projet de création, dans la banlieue de Paris, d'un hôpital réservé aux malades atteints d'affections chroniques.

Laissant de côté la première proposition, sur laquelle nous reviendrons, nous nous bornerons à rappeler qu'il y a plusieurs années, le Conseil municipal a adopté un vœu invitant l'Administration de l'Assistance publique à présenter au Conseil municipal un projet de construction d'un *hôpital pour les phthisiques* dans le Midi, soit sur les bords de l'Océan (Arcachon, etc., etc.), soit sur les bords de la Méditerranée, ou en Algérie. L'ancien directeur de l'Assistance publique n'a tenu absolument aucun compte de ce vœu qui a été renouvelé trois ou quatre fois.

VARIA

La circulation du sang. — Harvey (1).

Il me semble utile de poursuivre un peu dans le texte de Servet, la formation de l'esprit animal. On verra d'après le cours qu'il donne au sang, s'il est raisonnable de dire que ses idées ont pu servir à la découverte de la grande circulation. Ce sont toujours les théories de Galien : « L'esprit vital passe du ventricule gauche dans toutes les parties du corps. Par cela même qu'il est plus léger, il gagne les parties supérieures où il est encore mieux élaboré, surtout dans le plexus rétiforme situé à la base du cerveau. Là il commence à devenir esprit animal en approchant du siège propre de l'âme raisonnable. L'élaboration s'achève dans des vaisseaux extrêmement fins, les artères capillaires des plexus choroïdes qui contiennent l'âme elle-même. » Ces petits vaisseaux qui pénètrent toute la substance du cerveau, et enveloppent les ventricules, *miraculo magno tenuissime contexta*, sont la fin des artères et le commencement des nerfs. C'est une nouvelle espèce de vaisseaux, comme dans le poumon des veines aux artères. N'est-il pas évident que Servet dit tout par à peu près, et qu'il parle pour défendre sa manière de voir, théoriquement ?

Ce n'est pas ainsi que fait Colombo. Voyons les passages du *De re anatomica* 1559, où il décrit « avec le cachet de l'originalité et de l'invention », son ancienne découverte. D'abord, *liv. VII. De Corde et Arteriis*, « Entre les deux ventricules est une cloison à travers laquelle presque tous les anatomistes pensent que le sang pénètre du ventricule droit dans le ventricule gauche. Cela pour faciliter la génération des esprits vitaux en rendant le sang plus léger par ce passage. *Sed longa errant via*. Ils se trompent d'une longue route. Car le sang est porté au poumon par la veine artérieuse, et là il est rendu plus léger, *attenuatur*. Ensuite mélangé avec l'air, *cum aere una*, est conduit, *defertur*, par l'artère veineuse au ventricule gauche du cœur : ce que personne jusqu'à présent n'a vu ou laissé par écrit bien que tout le monde puisse facilement s'en assurer. » Un peu plus loin, il se moque de ceux qui croient que des fuliginosités venues du ventricule gauche sortent par l'artère veineuse comme d'un tuyau de cheminée. *Liv. XI. De Visceribus*, Colombo donne aux poumons un nouvel usage auquel personne n'avait songé avant lui, *Quem nemo anatomicorum hactenus somniavit*. « C'est la préparation et presque la génération des esprits vitaux qui va s'achever dans le cœur. *estautem præparatio et pene generatio vitalium spirituum, qui post modum in corde magis perficiuntur*. En effet l'air inspiré est porté par la trachée artère. Le poumon mêle cet air au sang qui, parti du ventricule droit du cœur a été conduit par la veine artérieuse. De cette manière le sang est agité par le mouvement continuel des poumons, rendu plus léger et en même temps mêlé à l'air, qui lui-même est préparé dans cette collision et ce remuement. Ainsi le sang et l'air mêlés ensemble, sont pris par les rameaux de l'artère veineuse et conduits enfin dans le ventricule gauche. Mais conduits si bien mêlés et atténués, qu'il ne reste ensuite au cœur que peu de travail à faire. » L'ingénieux professeur avait déjà dit que les rameaux de l'artère veineuse se ramifient dans les poumons accolés aux rameaux de la trachée artère, *ad asperæ ramos accedens*. Il en est de même, dit-il, de la veine artérieuse, *idemque facit vena arterialis*. Il fait de nouveau remarquer que cette veine artérieuse a été construite pour porter en dedans au cœur lui-même le sang élaboré comme il a été dit, et non pour tirer quelque chose du cœur et le porter au dehors. *Hæc igitur, candide lector, quam dixi, arterialis vena constructa fuit, ut sanguinem eo quo diximus pacto elaboratum, intro afferret ad cor ipsum: non ut a corde eliciat et extra ferat.* « A ce que nous venons de dire s'ajoute ce fait que les médecins expérimentés savent bien, que le sang expectoré vient des poumons, non pas seulement parce qu'il a été expulsé par la toux, mais parce qu'il est éclatant, léger et beau comme celui des artères. » *Ad hæc, quæ diximus, illa etiam accidit ratio. [illegible] e pulmonibus [illegible] sanguinem conjecture, [illegible] certos scire, [illegible] edoctos, non [illegible] cum tussi eliciatur, sed etiam qui floridus est, [illegible] pulcher, ut de sanguine arteriarum [illegible]*

Tout cela [illegible] ordonné et bien compris. Pas n'est besoin d'en [illegible] pour montrer combien Servet est loin de cette [illegible]. Et cependant M. Tollin a osé dire que Colombo a été le plagiaire de Servet. Pour le *prouver* il a dressé le [illegible] suivant :

SERVET 1553. — *Longo per pulmones ductu agitatur sanguis.*	COLOMBO 1559. — *Sanguis ob assiduum pulmonum motum agitatur.*
[illegible] aere inspirato [illegible]	*Tenuis redditur et una cum aere miscetur.*
[illegible] cordis [illegible] per [illegible]	*Tandemque ad sinistrum cordis ventriculum deferuntur (mixti sanguis et aer).*
[illegible]	*Vena arteriosa magna est satis... Vas est satis insigne.*
[illegible]	*[illegible] alimento defert, adeo [illegible] usus gratia [illegible]*
Cum [illegible] rasa.	*Non adest... sanguis extra proprii vasa.*

De deux [illegible], ou le pasteur de Magdebourg ne comprend pas, ou il est de mauvaise foi. Dans une discussion si importante il n'est pas permis de supprimer certains mots, de tronquer des phrases et d'en accoupler d'autres plus ou moins habilement pour arriver à construire ainsi une sorte de trompe-l'œil. Je rétablis le texte, en soulignant ce qui a été supprimé.

SERVET. — [illegible] *[illegible]* [illegible]	COLOMBO. — Sanguis hujusmodi ob assiduum pulmonum motum agitatur, tenuis redditur, *[illegible]* miscetur, *qui et [illegible] collisione refractioneque præparatur, et simul mixti sanguis et aer per [illegible] suscipiantur*. Tandemque ad sinistrum cordis ventriculum deferantur. *Deferantur [illegible] belle [illegible], ut cordi [illegible] labor supersit.*

Au lieu d'une ressemblance, on constate ici bien plutôt une différence. Pour Servet c'est le poumon qui rend le sang rouge clair. L'air n'est mêlé au sang qu'après, dans l'artère veineuse, selon la doctrine de Galien, dont on conserve les fuliginosités. Tandis que pour Colombo, c'est l'air mêlé au sang qui opère la transformation. Le mélange se fait dans les poumons, et il n'y a plus de fuliginosités à expulser par l'artère veineuse. Cette première partie du tableau ne prouve donc pas du tout que Colombo ait copié Servet. Continuons.

SERVET. — [illegible]	COLOMBO. — *[illegible]* enim hæc [illegible] quod sanguinem [illegible], sous-entendu [illegible] de la phrase qui précède, [illegible] : adeo [illegible] gratia [illegible]

Cette ressemblance avec des [illegible], n'a pas pu suffire à l'auteur du tableau. Il lui fallait un peu plus de trompe-l'œil. [illegible] pour correspondre [illegible] de Colombo, il a imaginé d'ajouter du côté de Servet [illegible] ad alium usum efunditur sanguis à corde [illegible] tronquée qui s'applique à tout autre chose, puisqu'elle se termine par, *in pulmones [illegible], et tam [illegible]*. De même pour « *magnitudo insignis venæ arteriosæ* » de Servet, il a mis en pendant du côté de Colombo, « *Vena arteriosa magna est satis..... Vas est satis insigne.* » Après [illegible] dans le texte de Colombo *[illegible] multo [illegible] necesse [illegible], si sanguis in pulmones supra [illegible]* Quant au « vas satis insigne » qui

(1) Voir le *Progrès médical*, nos 18, 19 et 20.

est là uniquement pour le besoin de la cause (c'est bien plus amusant), il appartient à une phrase qui se termine ainsi : *quod per pulmones instar venæ arteriosæ dissecatur*. Il s'applique donc, non pas à la veine artérieuse, mais à l'artère veineuse. M. le pasteur de Magdebourg, transformé en physiologiste, n'y regarde pas de si près.

La dernière partie du tableau est le comble de l'impudence en fait de trompe-l'œil.

SERVET. — Cum sanguis non sit extra vasa.	COLOMBO. — Non adest.. .. sanguis extra propria vasa.

Cela veut dire que le sang ne peut être, ne peut exister en dehors de ses vaisseaux. C'est une vérité de M. de la Palisse que tout le monde doit exprimer nécessairement de la même manière. Chaque auteur en parlant du sang a dû la répéter plusieurs fois, à tout propos. A cause de leur dispersion, on devine que de pareilles citations ne sont pas faciles à trouver. Pour Servet, dont le fragment de *Christianismi restitutio* est à la fin du livre de Flourens, p. 274, je n'ai pas eu à chercher bien longtemps, mais pour le *de re anatomica*, j'ai cru que mes recherches n'aboutiraient pas. Enfin je les ai toutes les deux. Celle de Servet est relative au siège de l'âme, *Si ibi esset anima, jam non esset in sanguine*, cum sanguis non sit extra vasa. *In vasis ergo choroïdum est mens tutissime sita*. Pour celle de Colombo, il s'agit des sinus de la dure-mère où entrent les veines jugulaires internes, lesquelles se prolongent jusqu'à leur extrémité. Ainsi en ce lieu, le sang n'est pas hors de ses propres vaisseaux. *Quatuor sinus seu cavitates..... in quas tamen venæ jugulares internæ ingrediuntur et ad extremum usque progrediuntur : propterea* non adest *hoc loco* sanguis extra propria vasa (DE RE ANATOMICA, 1562, pages 318 et 349).

On peut juger maintenant de la bonne foi de M. H. Tollin, et de la sagacité profonde de M. Ch. Dardier qui écrit au-dessous de ce trompe-l'œil inqualifiable : « Le doute n'est plus possible. Colombo a été le plagiaire de Servet ». Que ces messieurs et leurs amis s'occupent des œuvres philosophiques de leur grand homme. Mais je n'ai pas à les suivre sur ce terrain-là, et je n'en dirai pas davantage. Seulement avant de reprendre la discussion avec M. Dastre, je veux citer son jugement sur Servet, qui me paraît ici très juste. « Or cette importante découverte (le passage du sang à travers le poumon) Servet ne la réclame pas pour lui. Il la mentionne, pour ainsi dire, comme une observation sans propriétaire. Il la produit incidemment dans un passage imprégné de l'esprit de Galien et au milieu de considérations purement théologiques d'une bien autre valeur à ses yeux. S'il ne s'en attribue point lui-même le mérite, personne non plus ne songe à lui en faire honneur. Dans les discussions auxquelles elle va donner lieu pendant près d'un demi-siècle, aucun champion...... ne fait mention de Servet..... Tandis que tous les anatomistes, partisans ou adversaires, parlent de Colombo, quelques-uns avec une extrême âpreté. Pourquoi se tairaient-ils à propos de Michel Servet ? Si pas un ne semble le connaître, c'est qu'en réalité pas un ne le connaît. Ce n'est pas du malheureux espagnol qu'aucun d'eux a rien appris. Il faut attendre près de cent cinquante ans pour qu'en 1697, un érudit anglais, Wotton, exhume du cahos où il était enseveli, ce passage célèbre et essaie d'attribuer à Servet la découverte de la petite circulation ». etc.

(*A suivre.*) Dr E. TURNER.

Récompenses.

Sur la proposition de l'Académie de Médecine, le ministre du commerce vient de décerner les récompenses suivantes aux médecins qui se sont le plus particulièrement distingués par leurs travaux spéciaux sur le service des eaux minérales pendant l'année 1882 : *Médaille d'or* : — Dr Bailly, médecin-inspecteur des eaux de Bains (Vosges), pour ses nombreux travaux sur cette région. — *Médailles d'argent* : M. Barille, pharmacien-major à l'hôpital de Rennes, pour son travail sur les *deux sources minerales d'Hammam-el-Lif* (Tunisie). — Dr Gastinel-Bey, pour son *Memoire sur les eaux d'Hèlouan* (Basse-Egypte). — Dr Renard (Athanase), inspecteur des eaux de Bourbonne (Haute-Marne), pour son *Travail sur cette station*. — *Rappel de médaille d'argent* : Dr Laissus, médecin-inspecteur des eaux de Salins (Savoie). — *Médaille de bronze* : Dr Ch. Bovet, médecin consultant à Pougues (Nièvre), pour son *Etude sur les eaux de cette station*. — Dr Dumoulin, médecin-inspecteur des eaux de Salins (Jura), pour son mémoire sur le *traitement de la scrofule* par ces eaux. — Dr Magnin, médecin-inspecteur adjoint des eaux de Bourbonne (Haute-Marne), pour son *étude sur l'action physiologique des divers sels sur l'économie*. — M. A. Marty, pharmacien-major à l'hôpital militaire d'Amélie-les-Bains, pour son *analyse de l'eau de la source, dite de la Petite Provence*. — Dr Valéry-Meunier, médecin-inspecteur des Eaux-Bonnes (Basses-Pyrénées), pour son mémoire intitulé : *De l'hygiène des malades pendant la cure des Eaux-Bonnes*.

Actes de la Faculté de Médecine.

MARDI 26. — Dissect. (Epreuve pratique) : MM. Sappey, Farabeuf, Campenon, — 2e *de Doctorat* (N. R., 1re partie), oral, 1re *Série* : MM. Robin, Duplay, Humbert ; — 2e *Série* : MM. Richet, Laboulbène, Richelot ; — 3e *Série* : MM. G. Sée, Le Fort, Peyrot, — 4e *de Doctorat* : MM. Grancher, Landouzy, Quinquaud. — 5e *de Doctorat* (A. R.), (Charité), 1er *Série* : MM. Pajot, Cornil, Bouilly ; — 2e *Série* : MM. Jaccoud, Panas, Charpentier.

MERCREDI 27. — Médec. opér. (Epreuve pratique) : MM. Guyon, Lannelongue, Segond. — 1er *de Doctorat* (A. R.), oral : MM. Béclard, Trélat, Joffroy. — 2e *de Doctorat* (N. R., 1re partie,) oral, MM. Verneuil, Hayem, Reclus. — 3e *de Doctorat* (A. R.) : MM. Regnauld, Baillon, Guebhard. — 4e *de Doctorat* : MM. Potain, Fournier, Reynier.

JEUDI 28. — Médec. opér. (Epreuve pratique) : MM. Duplay, Farabeuf, Humbert. — 1er *de Doctorat* (A. R.), oral : MM. Sappey, Cornil, Debove. — 2e *de Doctorat* (N. R., 1re partie), oral : MM. Robin, Vulpian, Richelot. — 2e *de Doctorat* (A. R.), oral : MM. Hardy, Jaccoud, Campenon. — 3e *de Doctorat* (N. R., 1re partie), oral : MM. Le Fort, Panas, Charpentier. — 3e *de Doctorat* (N. R., 2e partie), 1re *Série* : MM. Bouchard, Grancher, Hallopeau ; — 2e *Série* : MM. G. Sée, Peter, Raymond. — 4e *de Doctorat* : MM. Laboulbène, Landouzy, Quinquaud.

VENDREDI 29. — Dissect. (Epreuve pratique) : MM. Béclard, Farabeuf, Kirmisson. — 2e *de Doctorat* (A. R.), oral : MM. Charcot, Potain, Segond. — 3e *de Doctorat* (A. R.), 1re *Série* : MM. Regnauld, Gariel, Blanchard ; — 2e *Série* : MM. Baillon, Gautier, Hanriot. — 5e *de Doctorat* (N. R, 1re partie) (Charité), 1re *Série* : MM. Tarnier, Lannelongue, Terrillon ; — 2e *Série* : MM. Verneuil, Guyon, Pinard. — 5e *de Doctorat* (A. R.,) (Charité) : MM. Trélat, Damaschino, Ribemont-Dessaignes.

SAMEDI 30. — 1er *de Doctorat* (A. R.,) oral : MM. Sappey, Ball, Campenon. — 2e *de Doctorat* (N. R., 1re partie) oral : MM. Robin, Bouchard, Bouilly. — 2e *de Doctorat* (A. R.) oral : MM. Jaccoud, Grancher, Peyrot. — 4e *de Doctorat* : MM. Laboulbène, Landouzy, Troisier. — 5e *de Doctorat* (N. R., 2e partie) (Hôtel-Dieu) : MM. Hardy, Cornil, Hutinel. — 5e *de Doctorat* (A. R.), (Hotel-Dieu), 1re *Série* : MM. Richet, Peter, Charpentier ; — 2e *Série* : MM. Pajot, Duplay, Raymond.

Thèses soutenues à la Faculté de Médecine.

Mardi 26. — M. Louis-Jean. Etude clinique sur les aliénés dangereux dits criminels. — M. Pradet. Du traitement de l'ulcère simple de l'estomac. — *Mercredi* 27. — M. Bonnaire. Broiement de la tête fœtale. — M. Bertrin. De l'œsophagisme dans ses rapports avec les lésions de l'œsophage, de l'estomac et de l'intestin. — M. Mazel. De la fièvre de convalescence. — *Jeudi* 28. — M. Bogdan. De l'avantage et de l'emploi de l'iodoforme comme suppositoire utérin. — M. Fernand Robert. De quelques accidents septiques dus à la présence des corps fibreux de l'utérus. — *Vendredi* 29. — M. Didier Placé. De l'électricité statique dans le traitement de l'hémiplégie de cause cérébrale. — M. Chéron. De l'albuminurie dans le rhumatisme articulaire aigu, sa valeur séméiologique. — *Samedi* 30. — M. Bessières. Fractures du cartilage du larynx. — M. Chatard. Cure radicale des hernies par les méthodes directes.

Enseignement médical libre.

Cours théorique et pratique d'accouchements. — M. le Dr DOLÉRIS, chef de clinique d'accouchements et de gynécologie de la faculté, commencera son cours le mardi 26 mai à 4 heures. Le cours est complet en cinquante leçons, y compris les manœuvres et opérations techniques. S'adresser, 89, rue d'Assas à la clinique d'accouchements.

FORMULES

12. Agaricine.

L'agaricine, extraite de l'agaric blanc a été préconisée par

MM. Seifert, Pierme, etc., pour combattre les sueurs, entre autres celles des phtisiques, aux doses de 4 milligrammes à 2 cent.. Elle ne produirait ni nausées, ni diarrhée; diminuerait les accès de toux; le sommeil serait plus tranquille et moins interrompu. Son maximum d'action ne se produisant que de 5 à 6 heures après sou administration, il est nécessaire de la donner à des heures différentes et variables selon les malades. M. Seifert (1) s'en est servi parfois hypodermiquement.

Agaricine.	0 gr. 05 cent.
Alcool absolu.	4 — 50 —
Glycérine.	5 — 50 —

Une seringue entière à la fois. M. Seifert déconseille l'emploi de l'agaricine en injections hypodermiques, à cause de la vive brûlure qu'elle produit, et aussi parce que sous cette forme elle ne présenterait aucun avantage sur l'administration par voie stomacale. — Les doses indiquées par M. Seifert ont été depuis dépassées par beaucoup d'auteurs sans que les effets obtenus aient été constants; cette substance est de beaucoup inférieure à l'atropine.

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 10 mai au samedi 16 mai 1885, les naissances ont été au nombre de 1142, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 430; illégitimes, 195. Total, 615. — *Sexe féminin* : légitimes, 377 ; illégitimes, 150. Total, 527

Mortalité a Paris.— Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 10 mai au samedi 16 mai 1885, les décès ont été au nombre de 1030. savoir : 549 hommes et 481 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 6 F. 5. T. 11. Variole : M 2 F. 1, T. 3. — Rougeole M. 23, F. 21, T. 44. — Scarlatine : M. 1 F. 5 T. 6. — Coqueluche : M. 2, F. 3. T. 5. — Diphthérie, Croup. M. 18, F. 21, T. 39. — Dyssenterie : M. ., F. ., T. ..—Erysipèle: M. 1, F. 3, T. 4 — Infections puerpérales : 6.— Autres affections épidémiques : M. ., F. ., T. .. — Méningite tuberculeuse et aiguë: M. 29, F. 27, T. 56. — Phthisie pulmonaire : M. 118, F. 75 T. 193. —Autres tuberculoses: M. 21, F. 9. T. 30.—Autres affections générales : M. 18, F. 28 T. 46 — Malformations et débilite des âges extrêmes : M. 29, F. 28. T. 57. — Bronchite aiguë : M. 18 F. 8 T. 26 — Pneumonie : M. 43, F. 38, T. 81. — Athrepsie : M. 28 F. 20 T 48. — Autres maladies des divers appareils : M. 165 F. 177, T. 342. — Après traumatisme : M. ., F. ., T. .. — Morts violentes : M. 20, F. 2. T. 22. — Causes non classées M. 4, F. 4, T. 8.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 97 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 39 ; illégitimes, 12. Total : 51. — *Sexe féminin* : légitimes, 29 ; illégitimes, 17. Total : 46.

Faculté de médecine de Paris. — La Faculté de Paris s'est réunie jeudi 21 mai et a désigné pour la chaire d'hygiène, en remplacement de M. Bouchardat : en 1re ligne, M. Proust ; en 2e ligne, M. Landouzy.

— Le Dr Karth est chargé du 16 avril au 1er août 1885, des fonctions de préparateurs du cours d'hygiène en remplacement de M. Schmitt, démissionnaire.

Choléra. — Quelques journaux politiques annoncent la réapparition du choléra à Marseille.

Crémation en Angleterre. — Le 6 avril dernier on a pratiqué la première crémation au crématoire érigé à Saint-John, Woking, comté de Surrey. Le corps réduit en cendres, après autopsie, était celui de Mrs Pickersgill de Londres, dame bien connue dans les cercles littéraires et scientifiques. (*The med. Record*, New-York, p. 487.)

Excursion géologique. — M. Stanislas Meunier, aide-naturaliste au Muséum d'histoire naturelle, fera une excursion géologique publique, le dimanche 25 mai 1885, à Noisy-le-Sec et Romainville. Rendez-vous, gare de l'Est où l'on prendra à 10 h. 20 m. le train pour Noisy-le-Sec. Rentrée à Paris vers 4 heures.

Nécrologie. — Le Dr Fraeys, professeur émérite de la faculté de Gand.

Avis aux Étudiants. — Un étudiant sachant le russe et l'allemand s'offre à donner des leçons de l'une ou l'autre de ces langues. — S'adresser aux bureaux du *Progrès*.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Publications du Progrès Médical.

Bar (P.). — Le Basiotribe Tarnier. son mode d'emploi. les résultats qu'il permet d'obtenir. Communications faites au Congrès de Copenhague. Broch. in-8 de 26 pages, avec 17 figures. — Prix : 1 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 70 c.

Beco (L.). — **Du traitement de la fièvre typhoïde par le salicylate de soude à doses accumulées.** — Broch. in-8 de 28 pages avec 3 figures. — Prix : 1 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 70 c.

Bourneville — **Laïcisation de l'Assistance publique. Discours prononcés les 6 et 28 décembre 1884, aux distributions des prix des écoles municipales d infirmièree laïques (septième année scolaire).** Broch. in-8 de 36 pages. — Prix : 1 fr. — Pour nos abonnés. 70 c.

Bourneville — **Laïcisation de l'Assistance publique Discours prononcés les 29 novembre, 6 et 28 décembre 1884 aux distributions des prix des écoles municipales d'infirmières laïques (septième année scolaire).** Broch. in-8 de 36 pages. — Prix : 1 fr. 25. — Pour nos abonnés. . . . . 90 c.

Bourneville, Bonnaire, Boutier, Bricon, Leflaive et Seglas. — **Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie. Compte rendu du service des épileptiques et des enfants idiots et arriérés de Bicêtre pendant l'année 1883** (IVe volume). Volume in-8 de XXXII-151 pages, avec 2 planches hors texte et 5 figures. — Prix : 5 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 3 fr. 50

Comby (J.). — **De la bronchite chronique chez les enfants.** Br. in-8 de 21 pages. — Prix : 1 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 70 c.

Estienne Dolet. — **Sa vie, ses œuvres, son martyre par Joseph Boulmier.** Vol. in-8 de 300 pag. — Prix : 6 fr. — Pour nos abonnés. 5 fr.

Magnan. — **Des anomalies, des aberrations et des perversions sexuelles.** — Broch. in-8 de 28 pages. — Prix : 1 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 70 c.

Librairie G. MASSON, 120, boul. St-Germain et Librairie ASSELIN et Cie, place de l'Ecole-de-Médecine.

Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, publié sous la direction de M. le Dr Dechambre. Viennent de paraître la deuxième partie du tome X de la 4e *Série* Gré-Gro. Elle contient entre autres, les articles suivants : Grèce ; Grenouillette, par Chauvel ; — Grippe, par Brochin ; — Grog, par Dechambre.

La première partie du tome XV de la 3e *Série* Sys-Tab, contient entre autres les articles suivants : Systèmes anatomiques et organiques ; — Races sauvages ; — Schysomycètes ou Schisophytes ; — Tabac ; — Tabes dorsales.

— Le première partie du tome XXI de la 2e *Série* PAR. Contient entre autres les articles suivants : Paralysie générale ; — Paraplégie, par Demange ; — Parasites, par Davaine et Laboulbène ; — Parenchyme, par Robin ; — Paris, par Léon Colin. — La première partie du tome XXXI de la 1re *Série* DIJIN-D. (*fin*). Elle contient entre autres, les articles suivants : Dysenterie ; —Dysmenorrhée ; — Dyspepsie ; — Dystocie.

China. — Imperial maritime Customs II. — Special series : nº 2. — Medical reports. for the half-year ended 31st. March, 1884, 27th Issue Published by order of the inspector general of customs. Broch, in-4 de 91 pages — Sanghai, 1884.

Practorius (C.-L.). — Medicinal-Kalender fur Oesterreich. Ungarn. 1 vol. in-32 de 206 pages, cartonné à l'anglaise. Wien, 1885. — Druck und verlag des Herausgebers.

Praetorius (C.-L.). — Oesterreichischer medicinal-Schematismus für 1885. 1 vol. in 12 de 235 pages. — Wien, 1885. — Druck und Verlaz des Herausgebers.

Bell (C.).— Madness and crime. Broch. in-8 de 27 pages. — New-York, 1884. — Medico-legal Society.

Espina y Capo. — Estudios de terapeutica III. La Pulmonia agula fibrinosa Broch. in-8 de 85 pages — Precio : 1, 50 peseta. — Madrid, 1881. — Revista de Medicina y cirugia practicas.

Lopez-Ocana J... — El parasitismo in oftalmologia. Br. in-8 de 47 pages. — Madrid, 1884. — Tipografia Hispano-Americana.

Taylor et Davies-Colley. — Guy's hospital Reports. Volum. XLII being vol. XXVII of the third series. —Volume in-8 de 490 pages, avec planches hors texte et nombreuses figures. — Londres, 1884. — J. et A. Churchill.

Berger (O.). — Zur Localisation der corticalem Sehsphare beim Menschen. — Brochure in-8 de 28 pages, avec figures. — Breslau, 1885. — Druck von Grass, Barth et Comp.

Bennett (A.-H.). — Case in which attacks of intermittent tonic muscular spasmes, immediately followed by complete temporary paralysis, have frequently and periodically occurred during the entire life of the patient, the health in the intervals being normal. Brochure in-8 de pages. — London. Printed by William Clowes.

Marion-Sims. — The story of my life. — Volume in-12 cartonné de 471 pages. — New-York, 1885. — Appleton et Comp.

Fer[illegible]os y Somoza. — Memoria historico-clinica del colera morbo asiatico de España en 1884. — Brochure in-8 de 22 pages. Madrid, 1885. — Velasco.

Galpi y Jofre — Tratado iconografico de las enfermedades externas del organo de la vision. Volume in-folio de 143 pages avec 20 planches hors texte.

(1). Seifert. *Ueber die Wirkung des Agaricin gegen die Nachweisse der Phthisiker* (*Wien. med. Woch.*, nº 38, 1883).

13e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. I. No 22. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 30 MAI 1885.

Le Progrès Médical

CLINIQUE CHIRURGICALE

HÔPITAL DE LA CHARITÉ. — **M. TRELAT.**

Un cas d'ostéomyélite subaiguë de l'extrémité inférieure du péroné, à forme torpide; Discussion du diagnostic ; Opération; Guérison ;

Leçon recueillie par le Dr **Gérard MARCHANT**, chef de clinique.

Messieurs,

Le malade que nous allons opérer aujourd'hui est un jeune garçon de 16 ans 1/2, qui est entré dans nos salles pour une tumeur douloureuse qu'il porte à l'extrémité inférieure de la jambe gauche. Voici en quelques mots son histoire : santé parfaite jusqu'à il y a un mois ; vers le 10 novembre dernier, en effet, en montant des sacs de charbon (il est garçon charbonnier) il éprouva une vive douleur à la jambe gauche ; en même temps s'accusait une déformation qui a motivé son admission à l'hôpital. Tel est son passé pathologique : étudions les signes physiques qu'il présente pour en déduire le diagnostic. La tuméfaction siège au-dessus de l'articulation tibio-tarsienne gauche, mais cette articulation est indemne ; c'est entre le tibia et le péroné que réside la cause du gonflement ; c'est entre ces deux os qu'est le siège de la *résistance marquée* qu'éprouve le doigt ; au-dessous de la peau simplement soulevée, non altérée, on sent les muscles et les tendons qui glissent à la surface de la tumeur ; pendant ces manœuvres d'exploration, la douleur, nulle à l'état de repos, se réveille.

Une *palpation* plus attentive encore révèle que la tumeur a une consistance ferme et dure, *véritablement osseuse :* elle est située dans l'espace inter-osseux, mais elle appartient *au péroné*, non au tibia ; pour arriver à ce sujet à une certitude, j'ai dessiné devant vous, sur le membre malade les contours de la tumeur, faisant précéder le tracé dermographique de l'exploration digitale profonde des limites de la tumeur, procédant point par point ; le dessin ainsi obtenu nous décelait une tuméfaction péronéale, de 12 à 14 cent. d'un contour irrégulier, vers la zone supérieure où s'accusaient deux dentelures, deux épines ; malgré ces caractères d'une tumeur péronière, toute la surface du péroné, dans le quart inférieur de la jambe est indemne.

Cette tumeur n'est pas douloureuse dans la plus grande partie de son étendue ; mais à ses limites supérieure et antérieure, il existe une *zone de 2 centimètres* sur laquelle la pression provoque une *vive douleur* ; c'est là un fait d'importance capitale, sur lequel je reviendrai : je vous signale ce fait encore que la tête du péroné et l'extrémité inférieure du fémur auraient été douloureuses au moment de l'entrée du malade. Il n'existe pas d'*écartement des os* appréciable à la vue ; cependant en faisant l'examen comparatif de la distance péronéo-tibiale malléolaire, avec le *compas d'épaisseur*, nous avons trouvé un écartement de 6 à 7 millimètres du côté malade. Un caractère plus frappant est l'*atrophie musculaire* qui porte sur tout le membre inférieur gauche.

Voici les mensurations comparatives prises sur trois points différents.

	Membre malade.	*Membre sain.*
1. Au niveau de la tuméfaction.	22 cent. 1/2.	22 cent.
2. Au niveau du mollet	27 cent. 1/2.	31 cent.
3. Au niveau de la cuisse	44 cent.	48 cent.

L'atrophie est donc des plus évidentes; mais le membre n'offre aucun raccourcissement.

Quel diagnostic faut-il accepter ? Nous savons que l'affection a son siège sur l'extrémité inférieure du péroné, mais est-ce une *affection articulaire*, est-ce un *sarcome* ou une *affection osseuse* proprement dite. — Ce n'est pas une affection articulaire ni épiphysaire ; il n'existe en effet ni gêne des mouvements, ni complication articulaire. — L'idée de *sarcome* devait venir à l'esprit ; l'âge du malade, le siège de la tumeur à l'extrémité inférieure de la jambe, enfin l'*écartement des os*, plaideraient en faveur d'un ostéo-sarcome. Plusieurs fois, notamment dans deux faits qui me reviennent à l'esprit, chez une femme atteinte d'une tumeur de la jambe, et chez un homme qui présentait une lésion de l'avant-bras, j'ai porté le diagnostic d'ostéo-sarcome, en me basant sur un écartement péronéo-tibial, et cubito-radial, diagnostic vérifié par l'amputation des membres. Mais dans l'espèce la tumeur est *trop dure, trop ferme*, trop absolument osseuse pour être confondue avec un sarcome ; il faudrait se trouver en présence d'un sarcome central, et celui-ci aurait déjà défoncé le péroné ! Si nous étions en présence d'un sarcome, celui-ci aurait subi un certain développement depuis un mois que nous observons le malade ; or, nulle modification dans le volume ou la consistance de la tumeur ne s'est produite. Il n'est pas jusqu'à ces *douleurs vives localisées* qui ne nous éloignent de ce diagnostic ; car elles n'appartiennent pas à l'histoire de ce néoplasme. En résumé, la *dureté de la tumeur*, son volume invariable depuis un mois, la douleur si vive à la pression dans un même point, nous font rejeter l'hypothèse de sarcome.

Quels sont les signes en faveur de l'*ostéomyélite ?* Il ne faut pas se dissimuler que s'il y a des symptômes qui plaident en faveur de cette hypothèse, il en est d'autres dont l'interprétation est gênante. Quelle marche *lente, sourde, cachée* pour une ostéomyélite ! Je conviens d'un autre côté, que notre sujet a 16 ans 1/2, que cet âge est favorable à l'apparition des accidents de cet ordre ; que la tumeur a *une dureté*, et *un siège*, bien en rapport avec ce diagnostic. La douleur *localisée*, coïncidant avec des manifestations douloureuses à la tête du péroné, à l'extrémité inférieure du fémur, constitue un caractère important des affections osseuses ; j'avoue qu'il nous manque les *douleurs spontanées*, qui sont à l'ostéomyélite, dans bien des circonstances (et j'ai des faits personnels que je pourrais vous citer) ce que sont, dans le diagnostic de la fissure à l'anus, les douleurs qui suivent la garde-robe. Récapitulant tous ces signes, je conclurai que l'*âge du sujet*, le *siège* de la tumeur,

sa *dureté*, les *douleurs localisées* et les *douleurs épiphysaires* doivent faire pencher la balance en faveur de l'OSTÉOMYÉLITE ; C'EST LE DIAGNOSTIC AUQUEL JE M'ARRÊTE ! Avons-nous à distinguer ici la *périostite* de l'ostéomyélite ? La périostite aurait donné naissance à une tumeur plus molle, moins ferme dans tous ses points, moins plaquée sur l'os et j'ajoute : plus volumineuse.

J'ai entendu proposer le diagnostic de *kyste hydatique* et de *syphilis héréditaire*.

Je n'ignore pas que les kystes hydatiques sont des tumeurs trompeuses : 99 fois sur 100 elles donnent lieu à des erreurs de diagnostic ; aussi dès que les assises d'une diagnose ne sont pas solidement posées, peut-on songer à titre d'exception, à la possibilité d'un kyste hydatique ; mais je n'ai aucune raison pour accepter ici cette hypothèse. — Le diagnostic de syphilis héréditaire ne me charme pas davantage ; le malade est déjà trop âgé, il me semble avoir une lésion trop localisée, trop circonscrite et trop solitaire pour qu'on songe à cette genèse de la tumeur.

Comment expliquer l'atrophie musculaire que nous avons signalée ? Elle n'est le symptôme d'aucune des affections que nous avons passées en revue, et, ne pouvant en fournir l'explication, ni prévenir la date de son apparition, je serais assez porté à croire qu'elle est étrangère à l'affection actuelle, et à la considérer comme un reliquat de paralysie infantile.

Voici, dans tous ses détails, l'opération qui a confirmé le diagnostic : on nous pardonnera sa longueur en raison de l'intérêt soutenu qu'elle présente.

OPÉRATION : Après avoir chloroformé le malade et appliqué la bande d'Esmarch, le professeur Trélat fait une incision de la peau le long de la face externe du péroné. Le seul détail à noter est l'augmentation de volume du nerf musculo-cutané, qui est étalé sur les parties molles : en avant des muscles péroniers, incision longitudinale du périoste ; détachement de ce périoste avec la rugine. Il a conservé tous ses caractères, son épaisseur n'est pas augmentée, seule son adhérence aux *parties osseuses est faible*. L'incision est prolongée vers le haut, et l'ouverture qui en résulte a 18 centimètres environ. Le péroné est alors bien isolé de son périoste, et il se présente avec les caractères suivants :

Etat du péroné après décollement périostal. — Il est augmenté de volume dans tous ses diamètres, et on peut dire qu'il semble doublé d'épaisseur ; c'est lui qui comble l'espace inter-osseux et laisse croire à une tumeur, par soulèvement, refoulement des parties molles de la loge péronéo-tibiale antérieure.

Outre cette *augmentation de volume* il y a des lésions qui portent sur la *forme*, l'*aspect*, et la *consistance* du péroné. Les cannelures du péroné ne sont plus sensibles ! c'est un os élargi dans ses diamètres, et il semble que dans cette boursoufflure de l'os, tous les détails de sa configuration extérieure, les lignes à arête vive de sa surface aient disparu. Il ne reste qu'une languette aplatie de dehors en dedans. Au niveau du bord antérieur du péroné, et à 12 cent. environ de la malléole externe, on aperçoit et on sent très bien avec le doigt, 4 à 5 petites aspérités, véritables épines osseuses, exostoses peu volumineuses étagées le long de ce bord. (Ce sont ces saillies que le professeur Trélat avait senties à travers les parties molles, et dont l'existence était accusée sur le contour dermographique par une pointe nette, considérablement grossie par l'épaisseur des parties molles).

En examinant plus attentivement toute la surface osseuse ainsi dépouillée de son périoste, on voit qu'on peut la diviser en deux *zones*, l'une *inférieure*, près de la malléole externe, l'autre *supérieure*, se rapprochant de la partie moyenne du péroné.

La *zone inférieure* est légèrement teintée, violacée ; on aperçoit à l'œil nu ses canaux de Havers agrandis, et laissant perler en plusieurs points une gouttelette de sang noirâtre. La zone supérieure, au contraire, celle à laquelle répondent les exostoses acuminées, est d'un blanc plus mat, plus dense, plus compacte, bien qu'elle n'ait ni l'éclat, ni la régularité du tissu sain. La limite entre ces deux zones est accusée par une ligne irrégulièrement découpée, qui rappelle les contours d'une carte de géographie. Ces caractères macroscopiques si précieux font dire au professeur Trélat que le péroné est malade, qu'il est le siège d'une *ostéite*, dont le point de départ est *central*, et hardiment, résolument, l'opérateur attaque le péroné avec le ciseau. Pour faire la voie au ciseau, il creuse deux petites cavités, au moyen de la *tréphine*, dans la *zone supérieure* (celle des *stalactites osseuses*), Le ciseau fin et le petit marteau appliqués ensuite, tombent sur du tissu éburné, hyperostosé.

Abandonnant cette zone, M. Trélat attaque alors la zone inférieure, dans laquelle le tranchant du ciseau pénètre sans difficulté ; il dessine à l'avance par petits traits isolés du ciseau, le copeau osseux qu'il veut enlever, et, lorsque ce dernier est miné de toutes parts, il suffit d'un coup de ciseau plus profond et d'un mouvement de bascule pour éliminer cette plaque osseuse. LA MOELLE OSSEUSE DU PÉRONÉ se montre alors avec les caractères suivants : au milieu de trabécules osseuses nombreuses, infiltrées d'un sang noirâtre, apparaissent *un*, puis *deux*, puis *trois* ilots d'une substance jaunâtre ; le volume de ces ilots ne dépasse pas celui d'une amande ; ils sont sensiblement ovales ; leur teinte est jaunâtre ou jaune verdâtre ; ils offrent une cohésion et une adhérence assez grande aux trabécules osseuses périphériques. Ils sont situés les uns au-dessus des autres, irrégulièrement étagés. Pour bien mettre à jour tous ces détails, il a fallu sculpter toute la lame antérieure de tissu compacte du péroné, dure ici, c'est-à-dire éburnée et hyperostosée (zone supérieure), plus fragile dans d'autres points, siège d'une ostéite raréfiante (zone inférieure).

Prenant alors une curette de *forme spéciale* (curette à lunette) qu'il recommande toujours pour les évidements osseux, le professeur Trélat a enlevé dans l'étendue de 10 centimètres environ toute la moelle pathologique et ne s'est arrêté dans ce travail d'*évidement*, *en haut et en bas*, que lorsqu'il n'a plus trouvé de foyers jaunâtres ; et sur la *face restante* du péroné, que lorsque le contact *ferme* de l'instrument lui a révélé l'intégrité du tissu osseux à ce niveau.

En résumé, connaissant le processus des ostéites, on peut caractériser ce cas intéressant de la façon suivante : *ostéomyélite subaiguë à forme insidieuse ; foyers de moelle pathologique, disséminés dans le tiers inférieur* du péroné.

Cette opération a été pratiquée le 19 décembre 1884. Vers le 20 février, la plaie opératoire était cicatrisée et le malade était guéri, après avoir traversé des accidents de *lymphangite suppurée*. Aujourd'hui, 30 mars, l'opéré est encore dans le service ; il marche et se trouve radicalement guéri.

CLINIQUE MÉDICALE

HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. A. JOFFROY.

De la nature et du traitement de la chorée:

Leçon faite le 28 février 1885;

Résumée par M. GILBERT, interne des hôpitaux.

Messieurs,

Je veux vous entretenir aujourd'hui de la nature et du traitement de la chorée. Vous savez que, sur cette question, les auteurs sont divisés, et que si les uns, avec Trousseau, G. Sée, Roger et Cadet de Gassicourt font de la chorée une manifestation rhumatismale, les autres, avec Rilliet et Barthez, Barrier, Monneret, Grisolle, Graves, Niemeyer, etc., refusent à la chorée toute parenté avec le rhumatisme. Je vous déclare, dès maintenant, que je me range à l'avis de ces derniers auteurs. Je vous exposerai bientôt les raisons sur lesquelles je fonde mon opinion, mais auparavant je dois vous rappeler ce qu'il faut entendre par chorée et par rhumatisme.

Vous n'ignorez pas que dans le genre chorée sont comprises plusieurs espèces morbides distinctes. Je vous citerai d'abord l'hémichorée post-hémiplégique qui, liée à des lésions cérébrales en foyer, occupe aujourd'hui, à juste titre, une place à part dans le cadre nosologique, et n'est plus confondue avec les chorées générales, ainsi qu'au temps où M. G. Sée écrivait son mémoire sur les rapports du rhumatisme et des maladies du cœur avec les affections nerveuses et convulsives (1850). Puis je vous signalerai la chorée des adultes et des vieillards, dont la durée est indéfinie, la marche irrégulière avec accalmies et exacerbations, et dont la cause réside habituellement dans une lésion des centres nerveux du reste encore mal déterminée. Enfin, passant sous silence les chorées hystérique, saltatoire, électrique, rythmique, etc..., qui n'ont de choréique que le nom, je terminerai par la plus commune entre toutes, la chorée des enfants et des adolescents. C'est de cette dernière espèce que je me propose de discuter devant vous la nature. C'est la seule chorée, en effet, qui présente une indépendance et un caractère d'unité suffisants pour constituer une entité morbide.

Quant à la chorée des femmes enceintes, elle ne diffère généralement pas de la chorée des enfants et des adolescents. Parfois même elle n'est qu'une récidive. Cependant, il faut remarquer que dans certains cas c'est d'une manifestation hystérique qu'il s'agit.

De même que, dans la désignation de chorée, l'on renferme divers états morbides différents dans leur essence et semblables seulement en apparence, de même sous la dénomination de rhumatisme on embrasse plusieurs affections, distinctes par nature, et dont le seul point commun est d'affecter les articulations. C'est du rhumatisme, en effet, que le rhumatisme articulaire chronique progressif, affection à marche toujours identique et prévue, à déterminations symétriques, et dont l'analogie avec l'atrophie musculaire progressive est telle que la cause en est vraisemblablement dans une lésion spéciale primitive. C'est encore du rhumatisme que le rhumatisme chronique, dont l'origine réside dans la diathèse arthritique. C'est toujours du rhumatisme que les rhumatismes blennorrhagique, scarlatineux etc., qui sont le fait de déterminations articulaires de diverses maladies infectieuses. C'est enfin du rhumatisme, et c'en est même la forme la plus caractéristique, que le rhumatisme articulaire aigu, qui frappe les synoviales, les séreuses et les viscères à la façon d'une maladie idiopathique et parasitaire. Voilà, en effet, comment on comprenait le rhumatisme à l'époque où l'on cherchait à établir la nature rhumatismale de la chorée. Je n'ai pas besoin de vous dire qu'aujourd'hui personne ne regarde plus comme liés au rhumatisme les accidents articulaires de la scarlatine, de la blennorrhagie, de la puerpéralité, etc.

Ce n'est point entre la chorée et le rhumatisme en général, surtout tel qu'on le comprenait autrefois, mais seulement entre la chorée et le rhumatisme articulaire aigu, qu'on a voulu établir un rapport. Les preuves sur lesquelles est étayée cette théorie semblent de prime abord convaincantes et irréfutables. Quoi de plus probant, en effet, que la succession de douleurs articulaires et de mouvements choréiques, que la coexistence de lésions de l'endocarde, des séreuses et des méninges cérébro-spinales avec la chorée ?

Il suffit, Messieurs, de pénétrer plus avant dans le sujet, d'analyser et de discuter les faits, pour s'apercevoir que leur valeur est loin d'être absolue, et qu'ils ont assez souvent une signification tout autre que celle qu'on leur a prêtée. Il faut remarquer tout d'abord que les manifestations articulaires ne sont pas constantes et n'existent que dans la moitié (G. Sée), le tiers des cas (C. de Gassicourt). Cette proportion serait encore trop forte, si j'en croyais ma statistique personnelle, puisque sur dix-huit observations de chorée recueillies avec soin dans ce service depuis cinq mois, quatre fois seulement des déterminations articulaires ont été notées. Mais étudions les choses de plus près et voyons quel caractère revêtent les manifestations articulaires qui surviennent chez les choériques. De mes quatre malades, le premier est le seul qui peut-être ait eu, antérieurement à sa chorée, une attaque de rhumatisme articulaire aigu. Les autres ont présenté des accidents articulaires qu'il n'est guère possible de rattacher à cette affection. Je veux vous en faire juges, en vous rapportant brièvement leur histoire.

L'un se promenait dans la rue, lorsque *subitement* il fut pris de vives douleurs dans le gros orteil du pied gauche. Ramené chez ses parents, il fut examiné par un médecin qui constata que les parties endolories étaient rouges et gonflées, et n'hésita pas à porter le diagnostic de goutte. Quelques jours après les douleurs se généralisèrent, tout en conservant une prédominance manifeste pour les articulations du côté gauche du corps. Elles disparurent sans traitement en moins d'une semaine et furent suivies, à brève échéance, de l'apparition de la chorée.

L'autre entra dans nos salles pour une vive douleur qu'il ressentait depuis la veille dans l'articulation coxo-fémorale droite et qui, elle aussi, était survenue *subitement*. Au bout de vingt quatre heures, complètement guéri, il nous quitta avant que nous ayons pu fixer le diagnostic de l'arthropathie bizarre qu'il avait présentée. Quelques semaines après, il nous fut ramené atteint de danse de Saint-Guy.

Le troisième est pris brusquement et sans cause d'un gonflement indolent des pieds, qui disparaît spontanément en trois jours. Quelques mois plus tard, débute la chorée.

De ces faits, je rapprocherai le suivant, que j'extrais du *Traité clinique des maladies de l'enfance*, de M. Cadet de Gassicourt. Il s'agit d'un jeune garçon de 13 ans, qui entra à l'hôpital avec une chorée qui avait

débuté quinze jours auparavant, à l'occasion d'une frayeur subite. « Deux jours après l'entrée, le 5 avril, rapporte M. Cadet de Gassicourt, nous nous apercevons que l'enfant boite légèrement en marchant; l'examen de la hanche droite nous fait reconnaître qu'elle est un peu gonflée et douloureuse. En même temps, nous constatons l'existence d'un bruit de souffle systolique à la pointe du cœur, sans hypertrophie. Dès le 7 avril, la douleur de la hanche a disparu, mais elle est remplacée par une autre douleur siégeant au genou droit, et qui allume un peu de fièvre (38°,5). Ce rhumatisme mono-articulaire ne tarde pas d'ailleurs à s'accuser davantage, il se caractérise par un peu de rougeur et d'épanchement synovial. De sorte qu'à ce moment, vingtième jour de la maladie, nous nous trouvons en présence de trois manifestations diverses : chorée, rhumatisme articulaire, endocardite. » Ainsi donc, voilà une attaque de rhumatisme aigu, dans lequel il n'y a que deux articulations atteintes, la hanche et le genou droits. L'articulation de la hanche cesse d'être douloureuse dès le deuxième jour, à tel point que le genou seul se trouvant ensuite en cause, M. Cadet de Gassicourt qualifie ce singulier rhumatisme de mono-articulaire.

Vous conviendrez avec moi que les phénomènes articulaires observés chez ces quatre malades ne rappellent que très incomplètement le rhumatisme articulaire aigu. Il en est de même d'un bon nombre des faits que M. G. Sée invoque à l'appui de sa thèse tendant à démontrer la nature rhumatismale de la chorée. « Il est des attaques de chorée, écrit cet auteur, dans lesquelles le rhumatisme articulaire sert pour ainsi dire de prodrome à la chorée. Ces cas qui sont les plus communs de tous, nous en avons recueilli vingt-deux au lit du malade..., sur ces vingt-deux cas, il y a eu *dix rhumatismes apyrétiques, dont un complètement indolent*, et douze rhumatismes fébriles qu'on désignait ordinairement sous le nom de fièvre de croissance. » Je ne pense pas, Messieurs, qu'il y ait lieu d'insister sur la singularité de ces phénomènes, et je ne puis admettre que l'apyrexie et que l'indolence soient le propre des arthrites rhumatismales.

Ainsi la chorée peut être précédée ou accompagnée d'arthropathies qui diffèrent essentiellement des arthropathies rhumatismales. Tandis que celles-ci se constituent progressivement, sont plus généralisées aux grandes jointures des deux côtés du corps, présentent, pour chaque jointure en particulier, les signes locaux d'une arthrite aiguë, s'accompagnent enfin de symptômes généraux intenses, et ont une durée longue ; dans la chorée, au contraire, les arthropathies ont assez souvent un début brusque, une localisation peu étendue, parfois régulièrement hémiplégique, une évolution rapide et ordinairement apyrétique, une terminaison favorable sans médication. J'ajouterai qu'elles peuvent s'accompagner d'une tachycardie qui n'est expliquée ni par une lésion du cœur, ni par un mouvement fébrile concomitant, et qui parait rentrer dans la classe des simples troubles fonctionnels nerveux.

Du reste, dans le cas même où les localisations articulaires des choréiques présenteraient une analogie complète avec les arthrites rhumatismales, cela ne suffirait pas à démontrer la nature rhumatismale de la chorée. Les recherches modernes ont assez mis en relief les localisations articulaires dans le cours de divers états morbides, maladies infectieuses (scarlatine, blennorrhagie, puerpéralité, etc...), affections spontanées ou traumatiques des centres nerveux, pour que l'apparition, chez les choréiques, de déterminations dans les jointures, ne puisse être invoquée comme un argument irréfutable en faveur du rhumatisme.

Sans vouloir m'étendre davantage sur ce point, je vous dirai que je considère ces arthropathies comme étant de l'essence même de la chorée, et que je propose de leur appliquer la désignation d'*arthropathies choréiques*.

Il me paraît très légitime, considérant leur cause et leur évolution propre, de rapprocher ces accidents des lésions analogues observées dans diverses affections cérébrales ou spinales (les myélites et surtout la myélite traumatique). Cette assimilation me paraît encore légitimée par les modifications que présente le *réflexe patellaire*. Vous avez pu constater, Messieurs, que dans la grande majorité des cas de chorée, le réflexe rotulien est très diminué ou complètement aboli, ce qui semble bien indiquer la participation directe de la moelle à la production des symptômes choréiques. A peine était-il normal dans deux cas, et peut-être exagéré dans deux autres.

Vous voyez, Messieurs, que je ne regarde pas les arthropathies choréiques comme étant du rhumatisme; cependant je ne nie pas qu'il puisse arriver que le rhumatisme articulaire aigu précède ou accompagne la chorée et je ne vous ai point caché que, sur mes dix-huit malades, une fois la succession de ces deux maladies s'est présentée. Mais, je ne vois là qu'une coïncidence. Ce que je tiens à faire ressortir, c'est que les faits de cet ordre sont peu nombreux et par suite peu favorables à la théorie dont MM. G. Sée, Roger, etc., se sont faits les défenseurs. Parmi les auteurs qui soutiennent l'identité du rhumatisme et de la chorée, il en est d'ailleurs qui, ainsi que M. de Gassicourt, le font avec réserve, ne croyant pas cette identité constante. Je ne saurais accepter un pareil compromis. La chorée, telle que je vous l'ai définie, est une dans sa symptomatologie, dans sa marche, dans son ensemble, et je n'hésite pas à affirmer qu'elle est une dans sa nature. Je dirai donc qu'elle est toujours rhumatismale, ou qu'elle ne l'est jamais.

Eh bien, oui, Messieurs, la chorée n'est jamais rhumatismale. C'est une maladie spéciale, au cours de laquelle les arthropathies sont communes, comme elles le sont au cours de la scarlatine, de la blennorrhagie, des affections médullaires. Et s'il en est ainsi, le rhumatisme doit être rayé du chapitre « Nature de la chorée » et rangé à l'étiologie, à côté des autres affections aiguës qui peuvent devancer et provoquer l'éclosion de la danse de Saint-Guy, comme la chlorose, la scarlatine, la pneumonie, etc.

En raison de l'anémie rapide et profonde qu'il détermine, le rhumatisme articulaire aigu occupe parmi les causes occasionnelles de la chorée, une place plus importante que la rougeole et que la scarlatine, par exemple, mais son action reste en tout cas si peu prépondérante, que chez l'adulte, où sa fréquence est connue de tous, la véritable chorée, celle que nous étudions, n'est jamais observée.

Je pourrais, Messieurs, à propos des lésions cardiaques si souvent notées chez les choréiques, et considérées comme une preuve irréfutable de la nature rhumatismale de la chorée, renouveler, en des termes peu différents, les considérations que je viens de vous présenter touchant la signification des phénomènes articulaires. Je me contenterai de vous rappeler que les lésions cardiaques, pas plus que les arthropathies, ne relèvent fatalement du rhumatisme, et que si la chorée, comme

la scarlatine, la fièvre puerpérale, la pyohémie, peut offrir des déterminations articulaires, comme ces affections aussi, elle peut s'accompagner de lésions endo-péricardiques également indépendantes du rhumatisme. Du reste, il est bon de rappeler ici que si ces localisations sont incontestables chez les choréiques, elles ne constituent pas toujours des lésions profondes : il n'est pas rare que tout se borne à des troubles fonctionnels, palpitations, éréthisme, tachycardie.

Le même raisonnement me servira à contester toute valeur démonstrative aux inflammations des grandes séreuses pleurales, péritonéales et méningées. Bien plus, il ne me semble pas que la grande fréquence des lésions méningées vienne à l'appui de la théorie de M. G. Sée. Cet auteur parle de six arachnitis, de trois indurations osseuses des méninges, de cinq inflammations avec fausses-membranes, opacités et adhérences, soit en tout de 14 cas de lésions méningées sur 34 observations de chorée avec autopsie. Dans le rhumatisme articulaire aigu, les méningites cérébrales et spinales sont loin d'être aussi communes et aussi caractérisées. Loin donc de regarder ces lésions comme des preuves de la nature rhumatismale de la chorée, je crois donc plus légitime de les considérer comme des preuves de sa nature non rhumatismale. MM. G. Sée, Roger, Cadet de Gassicourt, tendent à identifier la chorée et le rhumatisme cérébral, l'une constituant une forme atténuée de l'autre. Or, qui ne voit les différences fondamentales qui séparent les deux affections : conditions d'apparition, marche, pronostic, anatomie pathologique ? On ne peut même pas dire qu'il s'agit d'une forme du rhumatisme cérébral iufluencé par l'âge des sujets. Car le vrai rhumatisme cérébral existe chez l'enfant (Cadet de Gassicourt) et s'y présente avec les mêmes caractères que chez l'adulte.

Si, Messieurs, vous avez bien suivi mon raisonnement, il doit vous venir maintenant à l'esprit cette question : puisque la chorée n'est point rhumatismale, qu'est-elle donc ? Avant de vous répondre, permettez-moi de vous énumérer rapidement les diverses manifestations symptomatiques de cette maladie.

Les plus frappantes ressortissent au système moteur, et consistent en la production de mouvements involontaires et incoordonnés, souvent prédominants d'un côté du corps. Il s'y joint parfois des parésies, ou même de véritables paralysies, et communément aussi une diminution ou une abolition des réflexes cutanés, ainsi que du réflexe patellaire. Pour moins apparents qu'ils sont, les troubles psychiques n'en sont pas moins constants et sont caractérisés par une motilité, une versatilité toute spéciale des sentiments, accompagnées ou non d'inaptitude au travail et de perte de la mémoire. Les troubles de la sensibilité sont plus rares, et ce n'est qu'exceptionnellement que des fourmillements, de l'hyperesthésie ou de l'anesthésie ont été signalés. Enfin, dans ma conception de la chorée, il faut ajouter à la symptomatologie classique, la possibilité souvent réalisée de lésions articulaires (arthropathies choréiques), de lésions de l'endocarde, des séreuses et des méninges.

Tous les désordres que je viens de vous indiquer, trouveraient une facile explication si l'on pouvait supposer que la chorée est une maladie générale infectieuse. Mais cette hypothèse soutient difficilement l'examen : entre autres raisons, elle ne rend point compte de ce fait que la chorée survient seulement à une période déterminée de l'existence. Il est plus satisfaisant à mon sens de considérer la chorée comme une maladie d'évolution atteignant l'axe cérébro-spinal, et liée, non à la puberté, ainsi que le disaient Sydenham et Bouteille, mais à une condition plus fondamentale, la *croissance*, dans son acception la plus générale. Elle est, si vous le voulez, au système nerveux, ce que la chlorose est au système circulatoire. Je l'appellerai une *névrose cérébro-spinale d'évolution*.

La théorie que je vous soumets, supposant un trouble dans le jeu encéphalo-médullaire, me paraît expliquer d'une façon plausible l'époque d'apparition de la chorée, aussi bien que les modifications de l'intelligence, les mouvements choréiques, les paralysies, les troubles réflexes et sensitifs par lesquels elle peut se manifester. Dans cette compréhension de la chorée, il est facile de rattacher à la maladie elle-même, les déterminations articulaires en les faisant rentrer dans la classe des arthropathies nerveuses, je dirai même des arthropathies spinales. Et il ne paraîtra pas contradictoire dans le même ordre d'idées de voir dans les lésions cardiaques et viscérales profondes, des troubles trophiques d'origine cérébro-spinale, si l'on se rappelle l'influence fréquente des lésions centrales, sur le développement d'altérations dans les grandes séreuses et les viscères internes (apoplexie pulmonaire, ecchymoses pleurales et endo-péricardiques dans l'hémorrhagie ou le ramollissement cérébral). (*A suivre.*)

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Hygiène scolaire. — La gymnastique.

La plupart des établissements d'instruction secondaire sont pourvus d'un matériel plus ou moins considérable, destiné à régler et à multiplier les exercices physiques.

Bien souvent déjà, le *Progrès médical* a examiné les questions relatives à l'hygiène scolaire et à la gymnastique. Nos lecteurs n'ont certes pas oublié les articles que nous avons publiés, et en particulier ceux de M. Teinturier et de notre regretté ami le Dr Blondeau. Nos idées sont restées les mêmes. Cette année même nous avons parlé de l'hygiène scolaire, au point de vue de l'époque des grandes vacances et de l'hygiène dans les collèges (1). Aujourd'hui, nous revenons sur la question de la *gymnastique*.

On ne saurait trop encourager le développement de ce matériel, car la gymnastique constitue un complément nécessaire de l'éducation, et il est inutile d'insister sur la valeur hygiénique lorsqu'elle est bien conduite. Mais c'est justement là le point sur lequel nous pensons qu'il est urgent d'appeler l'attention.

Il n'existe aucun programme de l'enseignement de la gymnastique : les exercices sont réglés par chaque professeur. Or, que sont les professeurs de gymnastique ? Ce sont, en général, d'anciens sous-officiers de l'armée, très compétents, peut être, sur certains points de technique, mais qui ne sont pas nécessairement fort instruits dans les questions d'hygiène. Il en résulte souvent que les exercices gymnastiques dégénèrent en exercices acrobatiques qui développent certains mouvements d'adresse mais qui ne sont pas toujours favorables au développement synergique qui doit être le but de la gymnastique.

(1) Voir les nos 5 et 15 de cette année.

L'absence de notions, même élémentaires, d'hygiène chez les personnes chargées d'enseigner la gymnastique, a encore d'autres inconvénients : Nous pourrions citer un lycée où le professeur de gymnastique commence la leçon par une course d'un quart d'heure après laquelle il fait reposer les enfants debout et fixe dans leur costume de toile, pendant qu'il fait faire à un petit nombre, par escouades, des exercices plus ou moins violents; il en résulte souvent des indispositions plus ou moins graves. Il serait donc désirable, à tous points de vue, que l'enseignement de la gymnastique soit réglé d'un programme basé à la fois sur les notions d'hygiène et sur la physiologie de l'appareil locomoteur. Le Conseil supérieur d'hygiène pourrait être appelé à la rédaction de ce programme, et les médecins des lycées pourraient être chargés d'en surveiller l'exécution.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 18 mai 1885. — Présidence de M. Bouley.

M. Bouley lit un passage d'une lettre de M. Domingos Freire relative à l'*inoculation préventive de la fièvre jaune à Rio de Janeiro.* — Dans une période de trois mois, 1109 personnes de différentes nationalités, depuis l'âge d'un mois jusqu'à celui soixante ans, ont été soumises à des injections sous-cutanées, dans la région deltoïdienne du bras, avec du liquide atténué. Toutes, un ou deux cas exceptés, ont éprouvé une élévation de température variant de 37°,5 à 40°, de la céphalalgie frontale, des douleurs dans les articulations, une indisposition générale, et, dans quelques cas, une légère oppression épigastrique : tous symptômes qui cessèrent au bout de vingt-quatre heures et sans aucune intervention médicale. Dans beaucoup de cas, ces injections furent pratiquées dans les maisons mêmes où, peu d'heures auparavant, des personnes avaient été atteintes mortellement par la fièvre jaune. Malgré ces conditions désavantageuses, pas un seul accident sérieux n'est survenu.

M. Pouchet rapporte les observations que lui a fournies *la dissection d'un fœtus de cachalot, au point de vue de l'appareil producteur du blanc de baleine.* L'appareil anatomique qui fournit le sperma Ceti est simplement la narine droite du cachalot, profondément modifiée, dilatée en deux réservoirs, mais ayant gardé toutes ses connexions, maintenue plus ou moins close par des puissances musculaires ou automatiques, et remplie d'un produit de sécrétion spécial.

M. Bitot adresse un mémoire sur la *protubérance annulaire*, considérée comme premier moteur du mécanisme cérébral, foyer ou centre de la parole, de l'intelligence et de la volonté. Nous donnerons prochainement une analyse complète de ce travail.

M. Boucheron a recherché *l'acide urique dans la salive et dans le mucus nasal, pharyngé, bronchique, utéro-vaginal*, à l'aide de la réaction de la murexide. Il montre que l'excrétion de l'acide urique par la salive, chez les uricémiques, n'est qu'un cas particulier de la fonction excrétoire des glandes salivaires pour la plupart des substances en excès dans l'économie. La présence d'une grande quantité d'acide urique dans la salive peut servir de signe prémonitoire des accidents de l'uricémie. Paul Loye.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 23 mai 1885. — Présidence de M. Paul Bert.

M. le Président prononce les paroles suivantes : Messieurs, les Chambres viennent de voter que des funérailles nationales seraient faites à Victor Hugo. Pour manifester d'une manière éclatante la part que la *Société de Biologie* prend au deuil dans lequel la mort de ce grand génie plonge la France et l'humanité tout entière, je lui propose de suspendre ses travaux et de lever immédiatement la séance.

La proposition de M. P. Bert est adoptée.

Gilles de la Tourette.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 mai 1885. — Présidence de M. Bergeron.

M. H. Roger lit le *discours* qu'il a prononcé, au nom de l'Académie, le jour de l'inauguration de la statue de Bouillaud, à Angoulême.

M. Cornil, à l'occasion de sa récente communication sur le microbe de l'érysipèle, tient à rappeler que M. Doléris, le premier, a cultivé ce microbe.

M. Daremberg (de Menton) fait une communication sur l'*antipyrine chez les tuberculeux.* — Ce médicament est un agent antithermique dont l'action est aussi rapide que fugitive. M. Daremberg conseille de donner ce médicament, d'abord à la dose de 1 gramme et avant l'apparition de la fièvre, puis de prescrire un nouveau gramme toutes les fois que le thermomètre monte de quelques dixièmes. C'est ainsi que les tuberculeux peuvent prendre l'antipyrine, durant plusieurs mois, à raison de 3 à 6 gram. chaque jour.

M. Dujardin-Beaumetz considère l'antipyrine comme le plus puissant antithermique chez les phtisiques, mais n'accepte pas les doses proposées par M. Daremberg. Les résultats obtenus par M. Huchard et par lui se trouvent ainsi en désaccord avec les faits avancés par M. Daremberg. Ces fortes doses sont inutiles, puisque 50 centigr. donnés tous les jours, ou tous les deux jours, suffisent pour abaisser la température et procurer le sommeil. D'autre part, ces fortes doses sont dangereuses.

M. Daremberg fait observer qu'il a toujours soin de donner l'antipyrine avant le moment où doit apparaître la fièvre.

M. C. Paul a remarqué que la condition indispensable pour que ce médicament engendre des effets réels, était que la fièvre fût rémittente, non continue.

M. Faucher présente son *appareil* destiné au lavage de l'estomac, qu'il a perfectionné en modifiant la forme de l'entonnoir et en adoptant un tube de caoutchouc plus flexible. A. J.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 31 octobre 1884. — Présidence de M. Cornil.

22. Fièvre typhoïde. — Aphasie et Hémiplégie droite dans la période terminale. — Mort dans le coma. — Abcès volumineux des méninges; par M. Tissier, interne des hôpitaux.

Le nommé No..., Charles, âgé de 57 ans, mécanicien, né à Montauban, entré le 21 avril 1884, salle Saint-Augustin, lit n° 21. — Sans antécédents morbides, héréditaires ou personnels, notables; entre à l'hôpital avec tous les signes classiques d'une fièvre typhoïde qui aurait débuté il y a une douzaine de jours. La température est à 40°; le pouls est fréquent, le ventre ballonné, couvert de taches lenticulaires et douloureux à la pression dans la fosse iliaque. Pas d'augmentation appréciable de la rate. Dans les poumons: quantité considérable de râles de bronchite avec dyspnée, nécessitant des applications répétées de ventouses.

Rien au cœur. Nuage d'albumine dans les urines. L'état d'hébétude très accusé est plus apparent que réel par le fait de la surdité survenue dans les débuts de la maladie. Sauf cette surdité, qui persiste jusqu'au dernier jour, l'évolution de la dothiénenterie n'offre aucune particularité remarquable.

Les taches s'effacent; au bout de huit à dix jours les déterminations pulmonaires disparaissent; il ne reste, avec

la fièvre, continuant d'osciller entre 38° et 40°, qu'une diarrhée tenace et abondante avec météorisme abdominal. Le traitement a consisté en ventouses et purgatifs salins au début, plus tard en prises de bismuth et de lavements laudanisés. Tout le temps on a donné l'extrait de quinquina, la limonade vineuse, le lait et le bouillon. A la fin, voyant la fièvre s'éterniser, M. Huchard prescrivit, mais sans succès, du sulfate de quinine.

Il y avait six semaines que le malade était à l'hôpital et l'on ne pouvait saisir aucune complication pour rendre compte de cette durée tout à fait anormale de la maladie, quand le 5 juin, après une élévation plus marquée de la température, on put constater que le malade venait d'être atteint d'une aphasie complète. Ses efforts pour parler ne servirent qu'à manifester un autre phénomène : une paralysie du côté droit de la face.

Le lendemain, 6 juin, le membre supérieur droit parut paralysé ; le surlendemain ce fut le tour du membre inférieur du même côté. Mais il s'agissait plus d'une parésie que d'une paralysie complète. La sensibilité était obtuse dans tout le côté hémiplégié ; le malade ne se plaignait pas de la tête, n'avait pas vomi, n'avait pas d'albumine dans les urines, ni de souffle valvulaire au cœur. Son ventre était toujours météorisé et la diarrhée n'avait pas cessé.

Le 7 au soir la parole était revenue en partie, hésitante et malhabile ; il y avait aussi un amendement marqué de la paralysie des membres. Par contre, l'affaiblissement intellectuel était extrême et le malade restait plongé dans une torpeur presque irrésistible, d'où le tiraient à grand' peine les questions dont on le pressait.

M. Huchard qui pensait, en présence d'une fièvre typhoïde de si longue durée, avoir affaire à l'une de ces formes lentes à évoluer, dites prolongées continues, se demanda s'il ne fallait pas réformer le diagnostic après l'apparition des accidents nouveaux. Il ne pouvait cependant être question d'une granulie méconnue avec manifestations méningées actuelles. La fièvre typhoïde avait été trop nette et les symptômes pulmonaires auraient été toujours s'accusant au lieu de disparaître après les premiers jours de la maladie. On pouvait aussi songer à des tubercules cérébraux éclos pendant la convalescence. On a décrit des paralysies d'origine intestinale. M. Barié les rappelle dans un travail des Archives, de 1881, et M. Huchard les mentionne au long dans son traité des névroses. Il était possible que les accidents paralytiques fussent de cet ordre, surtout en raison de la diarrhée persistante qui avait en quelque sorte, survécu à la dothiénentérie. Cependant c'est à l'ordinaire la forme paraplégique qu'on observe, et c'était ici une forme exactement hémiplégique droite avec aphasie. Il devait y avoir une lésion intéressant les circonvolutions motrices de l'hémisphère gauche. Or, précisément dans la fièvre typhoïde, le Dr Calmette a signalé des hémiplégies du mouvement et de la sensibilité dues à des poussées congestives vers tel ou tel département cérébral. Cette interprétation pouvait d'autant mieux être acceptée que le peu d'intensité, la variabilité et la diminution rapide de la paralysie cadraient assez avec un processus congestif.

On fit appliquer des sangsues derrière les oreilles. Le 8 au soir, la paralysie s'était encore atténuée ; mais l'état de somnolence avait encore augmenté. Le malade tomba le lendemain dans un véritable coma d'où il ne sortit plus jusqu'à la mort, qui se produisit le 11 juin à 12 h. 1/2.

Autopsie. *Poumons*, gorgés de sang, splénisés aux deux bases. *Cœur*, d'apparence normale, les membranes valvulaires sont souples et lisses. Très légère induration athéromateuse de l'aorte. Poids : 290 grammes. *Foie*, poids : 1,600 grammes. *Rate*, grosse, violacée, molle. *Intestin*. Dans la dernière portion de l'intestin grêle, sept à huit grandes plaques de Peyer boursouflées, opaques, et présentant le piqueté noirâtre dit état rasé. Tout autour, follicules clos à un degré de réparation moindre, soulevés et montrant à leur centre un reste d'ulcération. Dans le gros intestin, lésions plus récentes, les follicules clos agminés forment sept à huit groupes ulcérés et présentent les lésions de la seconde période du processus typhique ; les ganglions mésentériques sont gros et violacés.

Cerveau. Une fois la calotte crânienne détachée, à la partie moyenne et supérieure de l'hémisphère gauche bombe une saillie molle et fluctuante de forme oblongue, mesurant environ 12 centim. suivant le grand axe antéro-postérieur et 5 centim. suivant le petit diamètre *supéro-inférieur*. Cette saillie est recouverte par la dure-mère. En essayant de couper la dure-mère d'avant en arrière, au long de la faux du cerveau, on passe si près de la poche en relief qu'il y a crainte de l'entamer, aussi la dure-mère est incisée circonférentiellement au niveau de la base du crâne. En soulevant de bas en haut cette membrane extrêmement épaissie, en la faisant tourner autour de l'insertion de la faux, toute la poche fluctuante contenue dans son épaisseur est en même temps soulevée. Il suffit, pour exécuter ce renversement de rompre quelques adhérences peu résistantes, rattachant le feuillet pariétal au feuillet pie-mérien de l'arachnoïde.

Les circonvolutions sous-jacentes à la poche présentent un aplatissement très remarquable : l'abcès (puisque le contenu de la poche est purulent) a creusé une forte encoche tassant profondément les circonvolutions sur lesquelles il repose. Le département cérébral ainsi refoulé est formé par la plus grande partie du lobe frontal et du lobe pariétal, plus particulièrement par les deux circonvolutions ascendantes, les deux frontales inférieures dans leur portion voisine du sillon de Rolando et par les deux lobes pariétaux.

Quant à la poche dure-mérienne, elle est assez vaste pour contenir 50 à 60 grammes de pus crémeux, bien lié, verdâtre. Sa cavité n'est pas cloisonnée : les parois en sont légèrement tomenteuses. Pas trace d'ecchymose ni d'infiltration sanguine. Cette poche est creusée dans l'épaisseur de la dure-mère ; elle occupe le même siège que les foyers d'hémorrhagie méningée, c'est-à-dire qu'elle est limitée en dehors par la dure-mère, en dedans par le feuillet pariétal de l'arachnoïde que renforce une couche uniforme de fausses membranes.

Du côté du rocher, il n'existe aucun foyer de suppuration.

Cet abcès des méninges paraît différer de la plupart des observations de méningite suppurée diffuse dans le cours de fièvre typhoïde relatées par Fernet, Lereboullet, et Cadet de Gassicourt. Il se rapprocherait davantage d'un fait rapporté par Maunoury en 1875.

On pourrait se demander si l'abcès n'était pas antérieur à la fièvre typhoïde, dû à quelque ancien hématome ayant subi pendant l'évolution de la pyréxie la transformation purulente ? Ce fait est peu probable : le malade n'était pas alcoolique et n'a jamais présenté avant de venir dans nos salles aucun symptôme laissant soupçonner une affection cérébrale.

Enfin, on peut s'étonner de ce développement presque latent d'une grosse collection de pus qui n'a trahi son existence qu'au dernier moment par des symptômes de la dernière gravité.

25. Uréthro-vaginite chronique. — Cystite secondaire. — Phlegmon de la cavité prepéritonéale de Retzius — Mort. — Autopsie ; par Jules Para, externe des hôpitaux et Tuffier interne des hôpitaux.

Eugénie F..., âgée de 31 ans, couturière, entre le 25 janvier 1884 à l'hôpital Necker, salle Sainte-Cécile, lit n° 1 (service de M. le professeur Guyon).

Les antécédents héréditaires ne présentent rien de particulier. Cette femme, ordinairement d'une santé délicate, n'a cependant jamais fait de maladie grave ; elle a été réglée pour la première fois à 18 ans et a eu périodiquement ses règles jusqu'en 1881, époque à laquelle elles ont définitivement disparu. Elle raconte qu'en 1878, elle contracta une vaginite, caractérisée par un abondant écoulement verdâtre et un peu de cuisson pendant la miction. Elle négligea cette affection jusqu'au jour où survinrent des accidents abdominaux et vésicaux.

Il y a six ans, un soir, elle fut mouillée à la suite d'une longue course. Ce soir-là même, elle fut prise de vives douleurs abdominales et de tous les symptômes d'une pelvi-péritonite, sous l'influence de laquelle des phénomènes de cystite, qu'elle présentait depuis quelque temps, s'aggravèrent également. Elle fut portée dans un hôpital et y séjourna pendant plusieurs mois. Pendant le temps de son séjour dans cet hôpital, elle se plaignit surtout de désordres vésicaux, et ce furent surtout ceux-ci qui retinrent l'attention du chirurgien. Elle prit, en effet, force médicaments (de la thérébenthine, du santal, etc.). On lui pratiqua même des lavages intra-vésicaux, mais devant la douleur qu'ils provoquaient, on dut y renoncer. N'obtenant aucune amélioration, la malade quitta l'hôpital; à son départ, on lui remit une ordonnance où nous lisons : « 2° Jamais ne se laisser appliquer de vésicatoire. » Il est donc probable qu'on avait pensé à une néphrite compliquant les accidents du côté de la vessie. Après un long séjour dans sa famille, à la campagne, elle entre dans le service de M. le professeur Guyon. Elle est maigre, pâle, et ressemble à une phtisique à la dernière période.

Toute la région hypogastrique, depuis le pubis jusqu'à l'ombilic est tuméfiée, douloureuse à la palpation, sonore à la percussion, chaude, sans empâtement, ni rougeur de la peau. Le vagin est le siège des altérations les plus profondes; il est comme rétréci et permet difficilement l'introduction du doigt, qui, à peine entré, constate le boursouflement et la chaleur dont la muqueuse est le siège; en l'introduisant plus profondément, on trouve l'utérus en situation normale, mais complètement immobilisé; entre l'utérus et la face postérieure de la vessie, on constate l'existence d'une petite masse indurée. La malade rend avec les matières fécales une quantité assez notable de pus. Par le toucher rectal, on ne trouve aucune ulcération, aucune fistule. L'examen au spéculum ne permet pas de trouver de lésion. — Elle expulse toutes les demi-heures une petite quantité d'urine, au prix d'efforts violents et douloureux. Elle n'a jamais eu d'hématuries, même peu abondantes. Les urines sont troubles et contiennent un épais dépôt muco-purulent. Le cathétérisme de l'urèthre est douloureux pendant toute sa durée et donne lieu à l'écoulement d'une urine dont les dernières gouttes sont purulentes; le bas-fond de la vessie est douloureux. On ne sent point, par la palpation abdominale, la sonde introduite dans ce réservoir.

La malade n'a pas d'appétit, vomit constamment. De temps en temps, elle a de la diarrhée fréquente, mais passagère; pas de sueurs nocturnes; quelques poussées fébriles, irrégulières et peu élevées le soir. A l'auscultation des poumons, on ne trouve rien d'anormal. M. Guyon pose le diagnostic *phlegmon périutérin.*

Les choses restèrent en cet état pendant quatre mois. La malade vomissant tout ce qu'elle prenait, souffrant toujours beaucoup, urinant fréquemment, et luttant par des efforts constants contre sa contracture du col. C'est pour lutter contre l'extension de cette cystite aux uretères et aux reins que M. Segond, suppléant M. Guyon, a pratiqué le 11 juillet la dilatation forcée du sphincter vésical. Cette opération n'a donné aucun résultat: il n'y a pas eu d'incontinence. L'état général s'aggrave chaque jour, et cette femme succombe le 5 août.

Autopsie. — A l'ouverture du cadavre, on trouve une collection purulente, bien limitée, en avant par la paroi postérieure de l'abdomen, au-dessus de la symphyse du pubis et en arrière par la face antérieure de la vessie: on y trouve environ un litre de pus grisâtre, fétide: le tissu conjonctif de la cavité péritonéale est en voie de transformation purulente, aussi bien que la partie interne des muscles droits, qui sont détruits dans une largeur de 3 centimètres et demi. Dans le haut, c'est surtout la gaine, et dans le bas, les muscles, que le pus a minés. Le périoste qui recouvre le pubis et la symphyse est intact. Cette collection purulente ne communique pas avec le péritoine ni avec la cavité du bassin.

La vessie, dont les parois sont légèrement épaissies, est adhérente à sa partie postérieure à l'utérus par quelques brides, faciles à détacher. En l'ouvrant, on trouve environ 200 grammes d'urine mélangée à du muco-pus. Le col vésical, ainsi que le bas-fond, sont tapissés par de petites végétations rougeâtres, nombreuses et pressées les unes contre les autres. Les uretères sont perméables et non dilatés. L'urèthre n'est pas dilaté; sa muqueuse est recouverte de fines granulations, surtout au niveau du col de la vessie.

La muqueuse vaginale est rouge, enflammée, épaissie, et présente des saillies disséminées qui lui donnent un aspect irrégulier, comme chagriné. L'utérus et ses annexes paraissent sains.

Les intestins sont dilatés par des gaz, mais ils ne présentent, ainsi que le péritoine pariétal, aucune lésion ancienne ni récente. La muqueuse rectale est rouge, boursouflée, non ulcérée, n'offrant aucune communication avec le phlegmon prévésical. Les autres organes sont sains.

Réflexions. — Cette observation est particulièrement intéressante tant au point de vue de la pathogénie et de la marche du phlegmon, qu'au point de vue de la difficulté du diagnostic, à laquelle il a donné lieu.

Les abcès de la cavité de Retzius sont bien connus depuis les thèses de Castenada, de Gérardin et de Bouilly (Paris, 1879 et 1880). Les conditions étiologiques dans lesquelles s'est produit notre cas sont très différentes de celles que l'on voit présider au développement du phlegmon prévésical proprement dit, lequel survient sous l'influence de troubles gastro-intestinaux divers. Chez notre malade, en aucun point il n'existait de perforation faisant communiquer la vessie, le vagin ou le rectum avec le foyer prévésical. C'est donc par une inflammation propagée de la muqueuse vésicale au tissu cellulaire que ce phlegmon s'est produit, sans destruction ni suppuration des parties intermédiaires à la muqueuse et au tissu prévésical. A ce point de vue, cette observation se rapproche des faits de phlegmon de la cavité de Retzius consécutifs à la blennorrhagie et rapportés par Duplay (*Archives générales de médecine*, 1877).

Le diagnostic a été également difficile. Dans ces abcès, on sent généralement, par la paroi abdominale, une fluctuation ou au moins un empâtement mat et circonscrit. Dans le cas présent, les gaz, développés dans la cavité, donnaient à la percussion une sonorité remontant jusqu'au niveau de l'ombilic. Aussi, M. le professeur Guyon différa-t-il une ouverture d'un foyer qui était sonore et non fluctuant, sans changement de coloration de la peau. Certainement, ces symptômes éveillèrent l'idée d'une péritonite enkystée provoquant des adhérences intestinales beaucoup plus tôt que celle d'une tumeur gazeuse prévésicale.

26. M. Lenel fait voir les pièces nécroscopiques d'un enfant de 10 ans, atteint de *pseudo-leucémie ganglionnaire* et *splénique*

27. M. Lenel présente un *sarcome pédiculé de la vessie*, trouvé chez un enfant. On avait cru à un calcul.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 22 mai 1885. — Présidence de M. Vidal.

M. Gingeot offre un travail sur le *traitement de la furonculose;* il soutient que ce n'est pas une affection diabétique, mais bien parasitaire. Ce n'est donc pas par un traitement général plus ou moins dépuratif qu'il faut agir, c'est par l'injection locale d'un agent antiseptique qui détruira les colonies parasitaires des furoncles.

M. Vidal met en doute la nature parasitaire de cette affection qu'il n'a pu reproduire par l'inoculation.

M. Gingeot, au contraire, cite dans son travail plusieurs inoculations positives.

M. Richard rapproche de ces faits les épidémies de furoncles qu'on observe dans l'armée, principalement chez les cavaliers. Quoi qu'il en soit, la question n'est pas résolue

et des expériences nouvelles sont nécessaires pour entraîner la conviction.

M. Rendu lit un rapport sur une observation de *prostatite goutteuse*, due à M. Gaillard (de Rochefort). Il s'agit d'un goutteux de 59 ans qui fut pris la nuit de ténesme avec rétention d'urine; le toucher rectal fait sentir une prostate volumineuse et douloureuse, les urines sont purulentes et fétides; il y a de l'ictère, la langue est sèche et la fièvre vive. Cependant le malade guérit, mais il succombe plus tard après avoir eu deux accès d'angine de poitrine.

M. Huchard fait en son nom et en celui de M. Legendre une communication sur un cas de *crise laryngée* (spasmes de la glotte avec œdème aryténoïdien), survenue chez un tabétique après l'administration d'un gramme d'iodure de potassium; la crise fut si forte que la trachéotomie ne put être évitée; le malade a guéri.

M. Vidal fait observer que les fortes doses d'iodure de potassium sont mieux tolérées que les petites, parce qu'elles provoquent de la diurèse.

Plusieurs membres de la Société incriminent l'impureté de l'iodure fourni par l'administration. J. C.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 20 *mai* 1885.— Présidence de M. Duplay.

M. Monod fait un rapport sur un mémoire de M. Schwartz: *de la suture tendineuse par anastomose*. Ce travail est basé sur l'observation suivante: en face de l'impossibilité de réunir les deux bouts du tendon extenseur du pouce, M. Schwartz dédoubla le tendon du premier radial et désinséra la couche superficielle de ce tendon pour la suturer avec le bout périphérique du tendon extenseur. Le succès fut complet.

M. Poncet, dans un cas analogue, sutura les tendons et de plus la branche externe du radial qui avait été aussi coupée.

M. Tillaux pense que bien souvent le rétablissement de la fonction a pour organe la cicatrice cutanée. Il cite un cas à l'appui.

M. Ledentu communique une très intéressante observation de *taille périnéale* pour extraction d'un corps étranger de la vessie. L'opération réussit à merveille, car le vingtième jour la plaie était cicatrisée et le malade sortait de l'hôpital.

Cependant il mourut quelques mois après avec tous les symptômes d'une néphrite parenchymateuse.

Cette affection avait été diagnostiquée avant l'opération, car les urines contenaient une grande quantité d'albumine. Cependant l'opération a réussi, malgré la gravité de l'état général. M. Ledentu insiste particulièrement sur ce dernier point.

M. Berger a fait une opération analogue pour l'extraction d'un corps étranger: pour dilater la prostate, il employa le dilatateur de Guyon qu'il préfère à celui de Dolbeau. Le malade est en bonne voie de guérison bien que son état général ne fût guère satisfaisant; aussi M. Berger est-il d'accord avec M. Ledentu sur l'innocuité de cette opération. Il a remarqué, au courant cette operation, que l'exploration de la vessie par cette boutonnière, dans laquelle le doigt est fort serré, ne peut être faite d'une manière complète et que la voie hypogastrique est préférable.

M. Monod rappelle plusieurs observations de corps étrangers revêtus de coque calcaire dont l'extraction devient possible après qu'on a brisé le revêtement phosphatique.

M. Terrier pense que la saillie hypogastrique permet mieux l'examen de la vessie que la saillie périnéale.

M. Trélat communiquera prochainement une intéressante observation de corps étranger vésical.

M. Berger préfère la voie périnéale qui offre certainement moins de danger que la voie hypogastrique.

M. Verneuil pense qu'il convient de n'être point exclusif et qu'il est certains cas dans lesquels la taille médiane périnéale est le procédé de choix. En général il faut préférer, dans ces cas, la taille à l'extraction par les voies naturelles qui présente de grands dangers.

M. Terrier est d'avis que, chez les sujets âgés, la taille supérieure doit être en général préférée à l'inférieure.

M. Ledentu a voulu établir, en présence de l'engouement actuel pour la taille haute, que la saillie périnéale avait encore ses indications. F. Poirier.

Séance du 27 *mai* 1885.— Présidence de M. Horteloup.

M. Trélat communique une très intéressante observation de corps étranger de la vessie. Le corps étranger, un tuyau de pipe, s'était engagé sous l'uretère gauche et en avait perforé le paroi à trois centimètres de l'abouchement de ce conduit dans la vessie. Le malade mourut d'infiltration urineuse, avant l'intervention.

M. Monod, à propos de la discussion sur les sutures tendineuses, cite le cas de Löbker qui réséqua une portion d'avant-bras pour arriver à réunir des tendons trop écartés; et ceux de Gluck qui réunit ces tendons à distance par l'intermediaire de fils catgut.

M. Sée lit un rapport sur le travail de M. Schwartz: *quelques considérations sur la périnéorrhaphie*. L'auteur a pratiqué la périnéorrhaphie à peu de jours de l'accouchement, une fois le troisième jour, une autre fois le cinquième; il rappelle l'attention sur la réunion secondaire, généralement abandonnée. L'opération est alors des plus simples, il suffit d'aviver à la curette les bourgeons charnus et de suturer; elle réussit quand l'état général de l'accouchée est bon.

M. Terrier communique une observation de kyste hydatique pédiculé de la face inférieure du foie; ce kyste fut pris pour un hyste dermoïde de l'ovaire; on procéda à l'ovariotomie au cours de laquelle on s'aperçut que la tumeur avait son pédicule à la face inférieure du foie. Le kyste fut excisé et le pédicule laissé au dehors, dans la partie supérieure de l'incision. La cicatrisation n'a été complète que quatre mois après l'opération, et au cours des pansements on a noté l'écoulement de la bile par le pédicule.

L'examen histologique de la tumeur a été fait par M. Malassez.

M. Terrier insiste sur la difficulté du diagnostic.

M. Tillaux croit qu'il ne faut jamais procéder à l'ovariotomie sans avoir fait au préalable une ponction; car la ponction est utile au diagnostic et peut suffire pour amener la guérison; M. Tillaux a remarqué que le liquide des kystes parovariens, bien que limpide, n'a pas la limpidité de l'eau de roche caractéristique du kyste hydatique.

M. Terrier reconnait qu'il n'y aurait eu aucun inconvénient à faire la ponction et que, peut-être, l'analyse chimique du liquide eût éclairé le diagnostic, sans modifier la conduite ultérieure du chirurgien. M. Terrier n'a observé qu'un cas de guérison de kyste uniloculaire après ponction.

M. Verneuil croit que la ponction doit toujours précéder l'intervention qu'elle éclaire; il a eu l'occasion de rencontrer de ces kystes du foie qui descendaient jusque dans la fosse iliaque et qui ont guéri par le traitement ordinaire: ponction, drainage.

M. Tillaux insiste sur la nécessité de faire d'abord une ponction, non exploratrice, mais évacuatrice.

M. Terrier répond qu'il ne veut pas faire de la laparotomie le procédé de choix contre les kystes hydatiques du foie, mais qu'il croit cette opération excellente pour certains kystes de la face inférieure.

M. Cruveilher communique une observation d'obstruction intestinale par un calcul biliaire très volumineux.

M. Terrillon présente deux jeunes malades, hystériques mâles, du service du professeur Charcot. Ces deux sujets présentent une paralysie du bras survenue quelque temps après une chute sur l'épaule. A première vue, on croirait être en présence d'une paralysie consécutive à une contusion du plexus brachial: il n'en est rien; en analysant la paralysie, on voit qu'elle diffère par certains côtés des paralysies qui surviennent après la contusion; c'est ainsi que

l'insensibilité qui ne remonte guère au delà du coude dans les paralysies traumatiques du plexus, comprend la totalité du membre paralysé chez ces deux sujets. M. Charcot est d'avis qu'il s'agit là de ces paralysies que l'on voit survenir quelquefois chez des sujets hystériques quelque temps après un accident. Les deux malades présentent d'ailleurs certains symptômes hystériques, diminution du champ visuel, points hystérogènes, etc. Ces paralysies ne sont point améliorées par les traitements ordinaires, mais il faut s'attendre à les voir disparaître un beau jour brusquement, peut-être à l'occasion d'une attaque. M. Terrillon fait ressortir l'importance de la connaissance de ces faits, pour le diagnostic d'abord, ensuite au point de vue du pronostic, qui peut avoir une grande importance dans certains cas où le chirurgien est appelé à prononcer, dans une expertise, sur des faits analogues.

M. Poncet présente une observation de calcul prostatique, opéré avec succès par la taille prérectale, dans son service au Val-de-Grâce. Le diagnostic fut établi d'une façon très précise par l'explorateur acoustique de Cugnet (de Lille) La petite sonde flexible avec son renflement métallique, montée sur le tube acoustique avait permis de reconnaître : 1° des incrustations calaires de la muqueuse prostatique ; et 2° au centre, un calcul affleurant la surface du canal sur une étendue d'un centimètre, immobile et fortement encastré dans le tissu. L'exploration rectale n'avait pas fait sentir le calcul et qui plus est, après l'incision prérectale, après le décollement du rectum, le doigt porté directement sur le lobe de la prostate n'avait pas perçu de corps étrangers. Celui-ci ne fut senti, après l'incision avec le lithotome, qu'en portant la longue pince-uréthrale de Mathieu dans la région. Le calcul fut morcelé dans sa loge et extrait en 4 fragments dont le plus gros avait à peu près un 1/2 centimètre cube. Les tentatives d'extraction avec la pince de Hunter, le brise-pierre uréthral, la curette de Nélaton, n'avaient donné que des hémorrhagies. En présence des antécédents uréthraux et palustres du malade, la taille fut immédiatement pratiquée. La plaie était cicatrisée 20 jours après. Le cathétérisme ordinaire avec les sondes métalliques, Béniqué et autres, ne donnait pas toujours la perception du calcul. Le canal large laissait passer l'instrument au-dessus et on arrivait souvent dans la vessie sans rien sentir. Quand on sentait le calcul, il était impossible de dire son volume et sa position précise.

La petite sonde boutonnée montée sur le tube, permettait beaucoup mieux d'analyser l'état de la muqueuse prostatique et de fait, le diagnostic assez délicat a été pleinement confirmé par l'opération.

M. Terrier est d'avis que la sonde exploratrice avec résonnateur donne les mêmes renseignements.

M. Bouilly présente une tumeur du poids de 5 kilogr. développée dans l'épaisseur du grand épiploon et adhérente à l'estomac, où peut être elle avait pris naissance. Le diagnostic présenta certaines difficultés, on pouvait hésiter entre un rein mobile et une tumeur de l'épiploon. L'opération a été faite il y a trois jours, et jusqu'ici l'opéré est sans fièvre. P. Poirier.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 13 mai 1885. — Présidence de M. Duhomme.

M. Petit pense que le titrage de l'iodure de potassium à 92 0/0 indiqué par M. Vigier est inférieur au taux réel qui est de 07 ; les pharmaciens refusent toujours l'iodure de potassium qui renferme une quantité appréciable d'iodate.

M. Hallopeau communique les faits rares d'intoxication iodique qu'il a observés. Un syphilitique qui, depuis longtemps, prenait de 6 à 10 grammes d'iodure de potassium par jour et chez lequel surviennent des poussées de purpura, eut une hémiplégie droite qui disparaît bientôt après la cessation du traitement. Ne s'était-il pas fait une hémorrhagie cérébrale circonscrite analogue aux poussées purpuriques ? L'iodure de potassium fait également apparaître des bulles de pemphigus.

M. C. Paul a vu survenir un état cachectique, une hémorrhagie nasale chez un malade qui prenait 20 grammes d'iodure par jour.

M. Campardon cite un cas dans lequel les plus faibles doses ne pouvant être tolérées, l'iodure de sodium substitué à l'iodure de potassium fut parfaitement absorbé et assimilé.

M. E. Labbé pense que pour qu'un médicament produise les effets désirés, il est nécessaire de le donner à une dose suffisante pour que l'organisme cherche à réagir. Cette limite est variable suivant les sujets ; le médecin, par une observation attentive en est le meilleur appréciateur. Il a retiré de grands bénéfices de l'administration de l'iodure de potassium dans les cas de coryza sec avec croûtes : l'établissement du flux nasal fait disparaître les accidents de congestion encéphalique.

M. Feréol est d'avis qu'il faut montrer beaucoup de prudence dans l'administration du médicament aux malades non syphilitiques, ceux-ci supportant l'iodure beaucoup mieux que les autres ; avis que partage M. Hallopeau.

M. Petit lit une note sur l'écorce de *Soukoupire*, plante non encore classée en France et qui passe au Brésil pour jouir de grandes propriétés fébrifuges.

M. Dupont présente un nouveau sphygmographe au nom de M. Dudgeon (de Londres).

Elections. M. Schœffele est nommé membre titulaire ; MM. Odin, Granier, Goldschmitt, Dumoulin et Emilio membres correspondants. Gilles de la Tourette

SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE

Séance du 7 mai 1885. — Présidence de M. Dureau.

M. Verrier montre trois dessins représentant quelques-unes des positions variées que prennent les femmes sauvages pour accoucher. L'un de ces dessins a été exécuté d'après un groupe en bois provenant des bords du Niger. La femme est figurée à genoux, les bras élevés au-dessus de la tête, les mains saisissant fortement une pièce de bois transversale ; la tête de l'enfant fait saillie hors de la vulve la face en avant. Le second dessin représente une extrémité de défense d'éléphant, sculptée par les nègres du bas Congo ; la parturiente est couchée sur le ventre, et une autre femme reçoit l'enfant par derrière. Un dernier dessin reproduit une pièce mexicaine en aventurine, de la collection de M. Damour ; la déesse des accouchements est figurée accroupie sur les talons, la tête renversée en arrière, et les deux mains semblant dilater fortement l'orifice vulvaire. L'enfant sort horizontalement, la tête en avant et les avant-bras dégagés Cette position serait encore en usage actuellement au Mexique ; M. Duhousset aurait vu en Perse des femmes la prendre au moment d'accoucher. D'après le présentateur il est probable que ce fut là une des postures primitives des peuples préhistoriques, qui s'est conservée jusqu'à nos jours chez certains peuples sauvages.

M. Mancenon présente à la Société un jeune calédonien âgé de 15 ans environ. Son teint est chocolat, ses cheveux laineux très frisés et assez longs, le type est celui que l'on connaît. A ce sujet, le présentateur donne quelques détails sur les Calédoniens. Il pense que l'on peut admettre que les Calédoniens sont venus primitivement d'Amérique, car aujourd'hui encore les cyclones entraînent toujours de l'est à l'ouest des pirogues qui viennent de fort loin ; pareil fait a dû se passer il y a bien des siècles et amener ainsi à la dérive d'Amérique en Calédonie ses premiers habitants. La Grande-Terre a dû être très peuplée : peut-être plusieurs centaines de mille habitants ; aujourd'hui il n'y en a guère que 25,000, et ils diminuent rapidement. Actuellement il y a bien plus d'hommes que de femmes, car les mères tuent presque toujours les enfants du sexe féminin ; les mâles sont épargnés parce que le père a besoin d'eux. Cette habitude de l'infanticide tiendrait, d'après le présentateur, à ce que les femmes canaques aimant beaucoup aller aux fêtes, aux pilous, qui se donnent fréquemment dans diverses parties de l'île souvent éloignées, se débarrassent des enfants qui les gêneraient dans ces voyages souvent assez longs et difficiles. Les Canaques occupent un territoire dans lequel on les a cantonnés, après les avoir chassés du reste de l'île. Ils cultivent mal et en communauté, principalement des ignames, d'ailleurs

ils vivent surtout de pêche. Ils ont il est vrai des pigeons, des cochons, des bœufs, des rats qu'ils mangent avec plaisir, des chiens. Tous ces animaux ont été introduits dans l'île par Cook. Donc quand ils sont anthropophages ce n'est pas par besoin, d'ailleurs c'est là un fait rare aujourd'hui; il est vrai qu'en 1878 on a trouvé des amas de viande humaine cuite et que depuis même on a surpris certains chefs ayant dans leur poche des morceaux de viande humaine. Quelques colons prétendent même que de vieux canaques, aujourd'hui encore, assomment de temps à autre dans un endroit désert une vieille femme qu'ils dépècent, font cuire et mangent. — Il existe d'assez nombreux métis, produits de femmes canaques et des premiers soldats français qui occupèrent l'île, ce sont généralement des sujets intelligents, méprisant les canaques pur sang, mais se servant généralement de leur intelligence pour faire le mal. Il y aurait lieu de s'occuper spécialement d'eux et de chercher à les instruire un peu. L. CAPITAN.

REVUE D'HISTOIRE MÉDICALE

I. **Médecine et mœurs de l'ancienne Rome d'après les poètes latins**; par le Dr T. DUPOUY, in-18 de 432 pages avec 6 fig. — Paris, J.-B. Baillière, 1885.

II. **Fous et Bouffons**; étude physiologique, psychologique et historique; par le Dr P. MOREAU (de Tours), in-18 de 283 p. — Paris, J.-B. Baillière, 1885.

III. **Des anesthésiques dans l'antiquité**; par le Dr DUTERTRE, broch. in-8 de 22 pages. — Paris, A. Davy, 1885.

I. L'ouvrage du Dr Dupouy n'est certainement pas d'une originalité complète: des auteurs fort recommandables, Ménière, Dubos, pour ne citer que ceux-là, nous avaient initié aux connaissances médicales que possédaient les poètes latins; cependant, tel que le livre est conçu, il est intéressant à plus d'un titre. D'abord, il est complet, en ce sens qu'il nous donne une étude de tous les poètes latins dans lesquels il y a pour les médecins quelque chose à glaner; ensuite, il est d'une lecture facile, agréable; les faits y sont présentés simplement, sans étalage d'érudition forcée.

En un point cependant, M. Dupouy a voulu faire plus que ses devanciers. « Sachant, dit-il, que je m'adressais à des médecins, j'ai cru devoir passer sur les susceptibilités qui ont arrêté la plume de certains auteurs très érudits, tels que Ménière et Daremberg. Quand on parle à des hommes qui ont fait de l'anatomie pathologique, qui ont assisté aux cliniques des hôpitaux et des hospices de vénériens, on ne saurait se laisser influencer par un sentiment mal compris de pudeur inutile. » Ceci est pure affaire d'appréciation. Ceux qui se complaisent dans la lecture d'ouvrages analogues à celui de M. Dupouy, ne regrettent pas d'avoir quelque peu à deviner. Quelquefois l'expression de l'auteur est triviale sans être heureuse, et le commentateur n'ajouterait rien en traduisant textuellement, alors que peut-être, une allusion, une comparaison, peuvent être la sauce qui fera passer le poisson; et, de plus, lorsque l'expression est marquée au bon coin, il est bien rare qu'elle garde toute sa saveur une fois traduite. Du reste, M. Dupouy ne traduit pas toujours, et nous lui en savons gré; à quoi bon nous étendre sur l'infirmité de cette pauvre Bassa qui « pedere solet! » Et comment rendre en français aussi bien que l'a fait Juvénal, l'éréthisme dans lequel se trouve Messaline en sortant du lupanar: *Adhuc ardens rigidæ tentigine vulvæ.*

Plusieurs auteurs y ont ébréché leur plume. A ce propos, M. Dupouy nous paraît avoir commis un léger lapsus. La traduction qu'il nous donne de ce passage, et qu'il emprunte, nous dit-il (p. 263) au Dr C. Dubos n'est-elle pas plutôt de M. Jules Lacroix? C'est à ce dernier qu'appartiennent les vers qu'il cite:

Lorsque le proxénète ordonne de partir
La dernière à regret, par l'heure poursuivie,
Elle sort fatiguée et non pas assouvie.

Ce que M. Dubos traduit beaucoup plus heureusement suivant nous:

Puis quand le patron hurle à ses nymphes: « Qu'on sorte! »
Elle part;......... mais
D'ardents prurits encore, de spasmes harcelée,
D'embrassements brutaux lasse mais non soûlée.

La traduction de notre confrère est énergique, mais nous préférons encore « l'*adhuc ardens rigidæ tentigine vulvæ* » que le commentateur du reste n'est pas tenu de traduire.

Nous ne voudrions pas nous étendre plus longtemps; nous espérons que le peu que nous avons dit de l'ouvrage éveillera chez nos lecteurs le désir de connaître tout entier le livre fort intéressant et très bien écrit de M. Dupouy.

II. M. P. Moreau donne comme sous-titre à son livre sur les *Fous et bouffons*; *étude physiologique psychologique et historique*. Il était en effet difficile, dans la circonstance, de dissocier ces trois termes. Les pauvres êtres qu'il nous fait connaître appartiennent en premier lieu à l'histoire, puisque le plus souvent c'est grâce au rôle important qu'ils ont joué près des personnages historiques que nous les connaissons. Et combien cette importance n'a-t-elle pas été exagérée? Victor Hugo a immortalisé Triboulet et sous ce nom a personnifié le personnage-type du bouffon de cour tel qu'il le comprenait, tel qu'il aurait dû être. Et pourtant, nous dit M. Moreau, « ce nom qui, de nos jours, jouit d'une si grande célébrité, d'une si grande popularité, ne s'applique pourtant qu'à un de ces imbéciles qu'on peut appeler type, à un idiot recueilli par pitié par Louis XIII, à un rachitique digne frère des malheureux qui sont aujourd'hui dans les asiles l'objet de la plus grande sollicitude. En résumé, la classe des bouffons qui, pendant de nombreux siècles occupa dans la société une place qui ne fut pas toujours sans importance, était composée, sauf exceptions, d'individus dont la nature physique et morale était justiciable de la pathologie morbide. » Malgré cela beaucoup de personnes, et pendant longtemps encore, continueront à se former une idée sur le règne de Louis XIII dans *Cinq-Mars* ou dans les *Trois Mousquetaires*, et compléteront leur éducation sur Louis XI dans *Quentin Durward*. Ce n'est pas pour eux que M. P. Moreau a écrit son étude sur les fous et les bouffons.

III. M. Dutertre, étant notre ami, nous permettra de lui donner un conseil: celui de faire paraître au plus vite le livre qu'il nous annonce sur l'histoire des anesthésiques et devant lequel sa brochure est appelée à s'effacer. Le sujet est en effet d'actualité, car il vient d'être publié un livre s'y rapportant qui, dit-on, ne manque pas d'intérêt. Nous l'y engageons d'autant plus, qu'à en juger par les prémisses, l'ouvrage annoncé obtiendra certainement un vif succès.

GILLES DE LA TOURETTE.

CORRESPONDANCE

Saint-Gilles, 25 mai 1885.

Monsieur le Rédacteur en chef du *Progrès médical*.

Dans la courte analyse consacrée à mon travail sur l'*asphyxie des tissus* ou *Endasphyxie*, parue dans votre estimable journal, le 25 mai 1885, je constate une erreur assez grave que vous me permettrez de vous signaler:

« Le Dr Arnaud », écrit l'auteur anonyme de cette analyse, «... nous donne un tableau de la mort dans les maladies aiguës et chroniques. *Ce phénomène ultime constitue pour lui l'endasphyxie.* »

Il semble résulter de ce passage, que pour moi la mort constitue l'endasphyxie, que les mots *mort* et *endasphyxie* sont considérés par moi comme parfaitement synonymes.

Vous trouverez bon, M. le Rédacteur en chef, que je n'admette pas une telle interprétation de ma pensée.

L'endasphyxie n'est pas autre chose, à mes yeux, que l'ensemble des phénomènes morbides qui résultent du défaut d'oxygène, ou de l'excès d'acide carbonique, contenu dans les capillaires; en d'autres termes, c'est le syndrome produit par la *diminution ou cessation de la respiration des tissus*, quand cette atteinte respiratoire intime reconnaît pour cause la disette d'oxygène ou la surabondance d'acide carbonique.

Mais cela ne signifie nullement que pour moi la mort constitue l'endasphyxie.

Bien au contraire, je déclare à diverses reprises dans mon étude que la mort peut survenir sans endasphyxie, par atteinte directe des tissus, comme dans la plupart des empoisonnements, et j'ai bien soin de faire remarquer, spécialement à la page 34, que l'agonie n'est pas toujours une endasphyxie.

D'autre part, l'asphyxie des tissus n'est pas toujours immédiatement mortelle. Il y a des endasphyxies dont la marche est extrêmement lente, comme celles qu'on observe dans certaines lésions du cœur et des vaisseaux ; il y en a même qui peuvent aboutir à la guérison, par exemple celles qui résultent de l'hypoglobulie, de l'empoisonnement par l'oxyde de carbone, etc.,

En résumé, je n'ai jamais eu l'intention de dire et *je n'ai jamais dit que la mort constitue pour moi* l'endasphyxie.

Agréez, etc..., H. Arnaud (de Saint-Gilles)
Lauréat de l'Académie de médecine.

BIBLIOGRAPHIE

Eléments d'anthropologie générale, par le Dr Paul Topinard. —Chez Delahaye et Lecrosnier, 1885.

Il y a neuf ans, M. le Dr Topinard faisait paraître dans la *Bibliothèque des sciences contemporaines*, un petit volume sur l'anthropologie. C'était un travail de vulgarisation. destiné à donner une idée de ce qu'était l'antropologie, sans entrer dans des détails techniques nombreux. Tout autre est aujourd'hui le volume de 1157 pages, avec 229 figures et 5 planches, que vient de faire paraître M. Topinard. L'auteur a réuni une quantité considérable de matériaux épars de côtés et d'autres dans les publications et mémoires spéciaux, ainsi que beaucoup de documents inédits provenant des registres de Broca et du laboratoire d'anthropologie ; il les a groupés et en a tiré une série de déductions destinées à donner l'état actuel de la science. Ainsi que l'a dit son auteur, ce livre ne résout pas les questions, il les résume et indique la façon de procéder aux recherches qui doivent en hâter la solution. C'est donc un livre destiné surtout aux chercheurs qui y trouveront d'ailleurs un très grand nombre de renseignements techniques, mais c'est aussi un livre que les médecins pourront consulter avec fruit. Dans les six premiers chapitres, l'auteur fait tout au long l'historique de la question ou plutôt de chacun des points multiples qu'étudie l'anthropologie générale ; l'histoire du monogénisme et du polygénisme, celle des notions d'espèce et de race, celle de la crâniologie, etc., sont exposées avec détail. Un peu plus loin, l'auteur traite des rapports de l'anthropologie avec les sciences médicales. sujet délicat, car les points de contact sont multiples, surtout si l'on ne considère pas la médecine comme étant exclusivement l'art de guérir, ainsi que se plait un peu trop à le prétendre M. Topinard.

Après un chapitre de généralités où sont étudiés les rapports de l'anthropologie avec les sciences qui lui touchent de plus près, l'auteur étudie les méthodes générales, et les instruments qu'on emploie en anthropologie : anthropométrie, crâniologie, compas, règles, etc. Un long chapitre est consacré à l'étude du cheveu : l'anatomie, le développement, les dimensions, le mode d'enroulement, les formes que montrent les coupes, l'agencement en coiffures sont autant de points de l'histoire du cheveu analysés avec soin et nombreuses figures à l'appui. Le nez n'est pas étudié avec moins de détails ; le squelette, l'indice, la classification, etc , sont exposés avec nombreux tableaux et multiples dessins. C'est de la même façon que l'auteur traite de la couleur des téguments. Passant alors à l'indice céphalique, il donne de très nombreux tableaux avec indications bibliographiques. La taille fait le sujet du chapitre suivant, et à ce propos, l'auteur donne plusieurs cartes indiquant la répartition de la taille en France, surtout d'après les chiffres fournis par les conseils de révision.

L'encéphale fait l'objet de plusieurs chapitres et c'est surtout le poids et le volume qui sont analysés avec un luxe de détails. On trouvera dans cet intéressant exposé un nombre considérable de documents se rapportant à cette importante question envisagée sous les faces les plus diverses, suivant les âges, les sexes, comparativement au poids du corps, à l'état intellectuel du sujet, etc. On voit là un fait qui ressort clairement des tableaux reproduisant les séries de pesées d'encéphale, et qui pourtant est contraire à l'opinion encore fort répandue, c'est celui du poids moyen de 1500 gr. environ, qui correspond le plus ordinairement, toutes choses égales d'ailleurs, au développement intellectuel le plus parfait ; la moyenne du poids du cerveau en général oscille autour de 1350 gr ; ce chiffre de 1500 dépasse donc notablement la moyenne. Mais il faut l'avouer, les exceptions sont assez nombreuses et avec des significations bien diverses. C'est ainsi qu'on rencontre des encéphales volumineux, c'est-à-dire dépassant 1700 gr. chez des ouvriers, des épileptiques, des aliénés, des géants, comme aussi chez des savants de premier ordre (Cuvier, par exemple, dont l'encéphale pesait 1830 gr.) On peut donc conclure de là que le développement intellectuel est loin d'être toujours proportionnel à l'augmentation du volume de l'encéphale. La taille, la musculature, la profession du sujet, l'exagération de la circulation cérébrale, etc., constituent des facteurs multiples qui font considérablement varier le poids cérébral : la considération exclusive du poids, et par suite, du volume du cerveau n'a donc pas une valeur aussi grande qu'on le croyait jadis.

Un peu plus loin, M Topinard étudie la capacité crânienne, fait une longue description des divers procédés de cubage et expose les résultats qu'ils fournissent. Plusieurs des chapitres suivants sont consacrés à l'étude du crâne envisagé sous tous les points de vue : développement, avec l'exposé de la théorie vertébrale du crâne ; anomalies des différents os du crâne, mensurations, les divers angles, les indices particuliers, etc. Enfin, les mensurations sur le vivant, aussi bien de la tête que des membres, sont analysées en détail ; les divers canons anthropométriques indiqués avec planches à l'appui. Le volume se termine par une instruction anthropométrique applicable au vivant.

Ce rapide aperçu donnera une idée de la quantité de sujets que M. Topinard a étudiés dans son livre, en accumulant pour chacun un nombre considérable de documents souvent inédits. Mais l'anthropologie est en voie d'évolution. on ne saurait donc poser de conclusions absolues sur aucun point, et c'est ce qui frappe dans ce livre, où si l'on n'est pas déjà initié aux recherches anthropologiques, les résultats positifs n'apparaissent pas assez clairement synthétisés. Quoi qu'il en soit, il faut souhaiter la bien venue à l'ouvrage de M. Topinard, il comble une lacune qui existait en France, et rendra certainement de grands services en facilitant les recherches qui doivent hâter la solution des nombreux problèmes que soulève l'étude de l'anthropologie. L. Capitan.

Application de la méthode graphique à quelques points de la physiologie du gros intestin ; par le Dr G. Rouch. — Octave Doin, Paris, 1885.

Voici les questions que l'auteur s'est posées en commençant les très intéressantes recherches qu'il vient de publier : Quelles sont les différentes phases de la vie physiologique du gros intestin ? Quelle est la force de la contraction intestinale ? Quelle est la physiologie pathologique de la douleur ? M. Rouch s'est ensuite appliqué à connaître la valeur de l'effort développé pendant la défécation, surtout au point de vue des accidents possibles produits par une constipation opiniâtre et des dangers qui peuvent en résulter pour le fœtus ; puis il a déterminé la limite de résistance du gros intestin, ses conditions de dilatabilité et ses chances de rupture.

Les expériences faites par M. Rouch permettent d'élucider beaucoup de points obscurs touchant l'étude du péristaltisme et de l'antipéristaltisme, la nature de la colique, le rôle des divers muscles intervenant dans la défécation, etc., etc. Les résultats sont exposés avec beaucoup de méthode ; de nombreux tracés aident à suivre toutes les expé-

riences. L'ouvrage de M. Rouch est une excellente monographie de physiologie descriptive : nous aimerions avoir à analyser plus souvent des travaux aussi bien conduits.

P. L.

Etudes sur l'hydropneumo-péricarde médical, par C. Armedey. Thèse de Paris, 1884. — O. Doin, éditeur.

L'auteur, d'après une observation qui lui a été communiquée par le Dr Piogey, décrit le pneumo-péricarde médical ou spontané comme une forme particulière qui se distinguerait de la variété chirurgicale ou traumatique. Au pneumo-péricarde médical seul appartiendrait le *bruit de moulin*. De plus, tandis que le pneumo-péricarde traumatique peut guérir, le pneumo-péricarde médical serait toujours mortel.

VARIA

Éloge de Claude Bernard.

Prononcé par M. Jules Béclard, dans la séance annuelle de l'Académie de médecine, le 19 mai 1885.

Dès l'origine de la science, le problème de la vie s'est offert à l'ardente curiosité de l'homme ; c'est à peine si nous commençons à en pénétrer le mystère. Parmi les changements que nous avons vus de nos jours, il n'en est guère de plus profond ni de plus complet que celui qui a renouvelé les bases de la physiologie. Hier encore, à peine admise au nombre des sciences, elle attire aujourd'hui tous les regards ; on la retrouve partout, dans les programmes de l'enseignement public, dans les livres, dans les revues, dans les feuilles quotidiennes ; ceux-là même qui l'ignorent, en parlent volontiers. Et ce travail de rénovation et de transformation n'est pas limité à notre propre pays, il s'étend au monde savant tout entier. Si quelqu'un a surtout imprimé ce mouvement, on peut l'affirmer hautement, non sans une légitime fierté, c'est l'homme dont j'ai à vous entretenir aujourd'hui. On l'a dit, avec raison, la science n'a pas de frontières, elle n'est d'aucun pays ; mais, si complètement guéris que nous soyons de notre présomption, ce mal dont nous avons souffert, nous ne saurions oublier que si les découvertes de nos grands hommes appartiennent au monde entier, leur héritage de gloire fait partie de ce patrimoine sacré qu'on appelle la patrie.

Il en est qu'attirent les retentissants théâtres, où l'inconstante popularité accorde et retire ses faveurs ; où l'on voit, tour à tour, succéder aux élévations soudaines les chutes profondes et les retours inattendus. Combattre pour la justice, assurer le triomphe de la raison, telle est leur espérance, tel est le but de leurs constants efforts ; trop souvent il leur échappe au moment où ils croient l'atteindre, et c'est au milieu d'une perpétuelle mobilité et d'une perpétuelle incertitude, qu'ils goûtent les jouissances troublées de l'ambition.

D'autres élèvent leur cœur plus haut ; épris des divines beautés de la nature, ils brûlent de l'irrésistible désir de soulever les voiles qui la couvrent. Obscurs ou glorieux, marqués au front de la céleste flamme, ou perdus dans la nuit profonde, il n'importe ; serviteurs désintéressés de la cause à laquelle ils ont donné leur vie, dominés par une seule pensée, ils ne calculent ni ce que coûte l'amour de la vérité, ni à quel prix elle se donne, et dans l'oubli de soi-même que la science inspire à ses adorateurs, ils trouvent les plus pures jouissances. Possédés de cette noble fièvre, dont ils ne doivent pas guérir, ils ne suspendent un instant leur marche que pour s'élancer en avant avec une ardeur nouvelle : « toujours plus loin, toujours plus haut, » telle est leur devise.

Claude Bernard naquit dans une petite ville du Beaujolais, à Saint-Julien, près Villefranche, le 12 juillet 1813. A mi-hauteur des coteaux plantés de vignes qui s'étendent au loin sur la rive droite de la Saône, s'élève une modeste maison couronnée d'un bouquet de bois. Du côté de l'orient, éblouissants sous les feux du midi, découpés en noires silhouettes à l'heure matinale où le soleil se lève, se dressent, à l'horizon, les sommets glacés de la chaine des Alpes. C'est là, près de son père qu'il perdit de bonne heure, sous l'œil vigilant d'une mère attentive et tendre, que s'écoula son enfance. Plus tard, c'est encore là, sur ce coin de terre qui l'avait nourri, dans ces lieux tout remplis d'ineffaçables souvenirs, qu'il revenait fidèlement chaque année, au retour désiré des vendanges.

Lorsque le moment fut venu, le jeune Claude Bernard passa des mains du curé de Saint-Julien au collège de Villefranche, puis au collège de Lyon. Ses études terminées, on décida qu'il serait pharmacien. Il fut, en effet, placé dans une officine du faubourg de Vaise, à Lyon ; mais sa pensée était ailleurs. Quelques mois s'étaient à peine écoulés qu'il partait pour Paris avec une tragédie en cinq actes et les illusions de ses vingt ans. Une lettre d'introduction conduisait notre jeune homme chez un des professeurs les plus spirituels et les plus goûtés du temps, M. Saint-Marc Girardin : ce fut une heureuse fortune.

Après un court entretien dans lequel le scepticisme bienveillant du lettré ne montra qu'une faible résistance, le jeune Lyonnais sortit de cette épreuve avec une déception, sans doute, mais peut-être avec le pressentiment secret que sa résignation ne devait rien enlever à ses espérances d'avenir. Dès le lendemain il s'inscrivait à la Faculté de médecine.

Ses études médicales touchaient à leur terme et il se montrait fort irrésolu, lorsque M. Magendie, dont il était l'interne, lui offrit assez brusquement la place de préparateur au Collège de France : son sort était fixé.

Le maître qui devait exercer sur Claude Bernard une influence décisive ne ressemblait guère à son élève. Après une jeunesse traversée par de nombreux écarts, cédant aux conseils d'une amie bien inspirée, madame la marquise de la Place, il avait tourné du côté de la physiologie ses rares qualités. Un grand nombre de recherches entreprises sur presque toutes les parties de la physiologie expérimentale, à cette époque presque une nouveauté, lui avaient rapidement conquis une grande notoriété. On pouvait puiser à son école le dédain de l'hypothèse et la passion des réalités ; mais presque toujours dominé par une idée, les yeux fermés à tout le reste, il subissait, plutôt qu'il ne les dirigeait, les conditions de l'expérience. « Je suis un chiffonnier, a dit M. Magendie, en parlant de lui-même, avec un crochet à la main et une hotte sur le dos ; je parcours le domaine de la science et je ramasse tout ce que je trouve. »

Cet empirisme expérimental, dirigé par le hasard, plus facile à formuler qu'à observer, et que M. Magendie a plus d'une fois déserté, ne risquait pas d'être contagieux ; il eut pour résultat de tempérer et de modérer la nature méditative et un peu rêveuse du disciple.

Claude Bernard demeurait alors dans un petit entresol de la cour du Commerce. Souvent nous rencontrions ce grand jeune homme à l'air pensif. Quand j'évoque ce lointain passé, je me rappelle encore le sujet de nos entretiens. Il préparait alors sa thèse de doctorat sur le suc gastrique, et il se montrait surtout préoccupé de ses recherches sur le nerf spinal. M. Blondlot (de Nancy), venait de montrer qu'à l'aide des fistules stomacales, opération d'une exécution facile, on pouvait pendant de longs mois, recueillir, à volonté sur l'animal, en grande abondance et dans un état de pureté parfaite, ce liquide digestif qu'à l'aide des ingénieux procédés de l'abbé Spallanzani, on ne pouvait jusqu'alors se procurer qu'en petite quantité et plus ou moins impur. Récolter ce liquide, l'analyser, le faire réagir sur les aliments en dehors du corps de l'animal, introduire dans l'estomac, par l'ouverture artificielle, des substances alimentaires de nature variée, les retirer à des moments déterminés afin d'étudier leurs transformations successives, voilà ce qu'on peut voir tous les jours dans nos laboratoires ; mais, il y quarante ans, à part les quelques renseignements fournis par le Canadien du docteur Beaumont, tout cela était encore une nouveauté.

Par la multiplicité de ses origines, par sa fusion intime avec le nerf pneumogastrique au moment où il sort du crâne, et dans le trou même qui lui livre passage, le nerf spinal est resté longtemps comme un défi porté aux expérimentateurs. Couper ce nerf dans l'intérieur du crâne, sur l'animal vivant, afin d'examiner les conséquences de cette section, beaucoup l'avaient tenté sans succès. Tout d'abord Claude Bernard n'est pas plus heureux que ses devanciers ; tous les animaux succombent. Je me souviens encore du récit de ses nombreuses tentatives, et de l'admiration que m'inspirait sa patience à toute épreuve. Enfin, il parvient à découvrir une espèce animale dans laquelle il peut détruire, en les arrachant, toutes les origines des nerfs spinaux, sans ouvrir la cavité crânienne. Après l'opération, rien n'est changé en apparence ; l'animal continue à vivre, il respire librement, mais il a perdu la voix. Donc la voix et la respiration n'ont pas le même nerf : le spinal est le nerf vocal, et la branche du pneumogastrique avec laquelle il est confondu est un nerf respiratoire.

Une fois entré dans la voie des découvertes, Claude Bernard ne s'arrêtera plus. Ouvrant un jour un lapin en pleine digestion il remarque que les chylifères lactescents se détachent de l'intestin grêle à une plus grande distance de l'estomac que chez le chien. Or, chez ce dernier le canal excréteur du pancréas s'ouvre près de l'estomac, tandis qu'il débouche plus bas dans l'intestin du lapin. C'est là pour Bernard un trait de lumière. Il s'attache à ce nouveau problème avec sa ténacité habituelle. L'action émulsive du suc pancréatique et le rôle qu'il joue dans l'absorption des matières grasses de l'alimentation sont démontrées.

C'est encore à cette période du début que remontent ses premières recherches sur l'action glycogénique du foie. De toutes les découvertes de Claude Bernard, aucune n'a fait autant de bruit. Depuis l'époque de Galien, où l'on considérait le foie comme l'or-

gane transformateur dans le sein duquel le liquide nourricier apporté par les veines de l'intestin devient le sang lui-même, c'est la première fois qu'on soulevait un coin du voile sous lequel se dérobe encore une partie du mystère.

Claude Bernard annonce qu'il s'engendre dans le foie, et d'une manière continue, un sucre analogue à celui qui résulte de la transformation de l'amidon, et qu'entraîné par la circulation, ce sucre incessamment versé dans la masse du sang, se décompose et disparaît. Et non seulement il l'annonce, mais il le prouve; et pour répondre aux oppositions passionnées qui surgissent de toutes parts, il le démontre avec un luxe de preuves, où ses rares qualités éclatent dans tout leur jour, et où l'on ne sait ce qu'on doit le plus admirer, ou de l'esprit de méthode, ou de l'esprit d'invention de l'expérimentateur.

Heureusement ramené sur ce sujet pendant plus de vingt ans, par la contradiction, il revient sur les chemins qu'il a déjà parcourus; ses idées s'étendent, se rectifient, se complètent, et la glycogénie hépatique désormais incontestée, revêt sa formule définitive.

Durant la vie, le foie ne renferme qu'une très faible quantité de sucre, parce qu'aussitôt formé, la circulation l'entraîne. Après la mort ou sur le foie extrait de l'animal vivant, l'action glycogénique dure encore quelque temps; n'étant plus enlevé par la circulation, le sucre s'accumule. Si on le recherche avant que des métamorphoses plus avancées ne l'aient fait disparaître, c'est alors qu'on en trouve le plus. En réponse à ceux qui ne voulaient voir dans la formation du sucre dans le foie qu'une réaction *post mortem*, qu'un phénomène d'ordre cadavérique, Claude Bernard répond victorieusement en montrant qu'un lobe du foie dans lequel on suspend la circulation pendant la vie, renferme bientôt dans son tissu une quantité relativement considérable de sucre. C'est aux dépens d'une substance particulière, matière glycogène ou amidon animal, que se forme le sucre qu'entraine incessamment l'irrigation sanguine; les principes albuminoïdes du sang aussi bien que les sucres de la digestion peuvent lui donner naissance. Les matières sucrées résultant de la digestion des amylacées, le foie les arrête en quelque sorte au passage, et les emmagasine pour en régler la distribution. L'amidon végétal, cette substance si abondante dans l'alimentation, que la digestion transforme en sucre et que l'absorption conduit au foie, ne saurait y séjourner sous cette forme soluble sans se détruire; elle devient amidon animal, reprenant ainsi, pour un temps variable, sa stabilité première. On croyait que l'animal ne pouvait que défaire l'amidon pour en faire du sucre: Claude Bernard montre qu'il peut, à l'instar de la plante, réaliser la combinaison inverse, et faire de l'amidon avec du sucre.

Ai-je besoin de rappeler ici cette expérience célèbre de la piqûre du bulbe, suivie d'une suractivité de la fonction glycogénique, de l'accumulation du sucre dans le sang, et de l'apparition d'un diabète temporaire?

Claude Bernard vient de saisir, en quelque sorte au passage, l'action qu'exerce sur le foie le système nerveux; il prouvera plus tard que l'excitation physiologique initiale, née des impressions inconscientes de la sensibilité viscérale, portée vers les masses nerveuses centrales, ou directement engendrée par elles, descend par la voie du grand sympathique.

Prise dans les parties centrales, ou dans les cavités naturelles, la température de l'homme et des animaux supérieurs est sensiblement constante. Quand on la recherche dans des organes divers, on peut constater cependant qu'elle oscille dans d'étroites limites, autour d'un point moyen d'équilibre. Difficiles à saisir, ces faibles différences qui se montrent tantôt dans un sens, et tantôt dans un autre, ont pu paraître indifférentes; elles renferment cependant la solution du problème de la production de la chaleur dans les animaux.

A l'aide d'un appareil instrumental perfectionné, thermomètres à échelle arbitraire, aiguilles et sondes thermo-électriques qu'on peut introduire dans l'épaisseur des tissus, dans les cavités du cœur, et jusque dans les canaux où le sang circule, Claude Bernard a débrouillé ce chaos.

La production de chaleur est une propriété qui appartient à des degrés divers à tous les éléments et à tous les tissus de l'animal; elle est le résultat du travail de la nutrition: c'est dans l'intimité des organes qu'elle s'engendre. Il n'y a point de siége unique de la chaleur, bien qu'il y ait des systèmes organiques qui jouent le rôle de foyers prépondérants. Le sang veineux ramène vers le cœur la chaleur sans cesse engendrée, mais il n'en rapporte qu'une partie, d'autant plus grande que les vaisseaux dans lesquels il circule sont moins exposés aux causes de refroidissement. On conçoit ainsi comment les parties ou superficielles ou éloignées présentent une température moins élevée, que les parties ou profondes ou centrales. Quant au sang artériel, il distribue d'un seul coup et sans grandes déperditions la chaleur qu'il a reçu. Le sang est donc à la fois l'excitateur et le régulateur de la chaleur, et celle-ci tend vers une uniformité qui n'est jamais et ne peut jamais être réalisée, non seulement à cause de la variabilité du milieu extérieur, mais à cause des modifications locales de circulation.

On savait que dans un muscle qui se contracte, la température s'élève, et l'on soupçonnait aussi qu'un travail chimique corrélatif s'accomplit dans la substance musculaire Claude Bernard aborde cet intéressant problème avec sa supériorité habituelle. Ce n'est plus sur des muscles séparés de l'animal, dans les tissus desquels des réactions complexes s'accomplissent, c'est sur l'animal vivant qu'il le prouve. Tout muscle qui se contracte s'échauffe et la coloration noire du sang veineux qui en sort n'est que la conséquence d'une consommation d'oxygène que l'analyse révèle. Le sang qui sort d'un muscle au repos est moins noir, mais il l'est encore. Le muscle au repos, en effet, n'est pas dans l'inertie, mais dans un etat de tension particulière qu'on appelle la tonicité, et qui implique un travail musculaire atténué, mais continu. Dans un muscle paralysé, au contraire, les oxydations intérieures sont réduites au minimum, le sang qui en sort ressemble presque au sang artériel, sa température n'a pas sensiblement varié, et il n'a perdu qu'une quantité insignifiante d'oxygène.

Le système nerveux n'est pas, comme on l'a cru longtemps, le grand producteur de la chaleur. Sans doute, il est le siége d'actes nutritifs, et par conséquent il est, comme les autres, un générateur de chaleur; mais il en est qui en produisent bien davantage. Le rôle spécial qu'il exerce est tout autre. Par les vaisseaux dont il tient l'élément contractile sous sa dépendance, il règle l'irrigation sanguine; il peut augmenter, diminuer, égaliser la température des parties. Les phénomènes calorifiques, en effet, sont de deux ordres: création de chaleur, répartition de la chaleur créée. La création de chaleur est du fait de la nutrition, la répartition est du ressort de la circulation.

Sensiblement uniforme dans son cours, quand on l'envisage dans son ensemble et pendant une certaine période de temps, le sang qui traverse les tissus, subit çà et là des variations de vitesse dans son cours et des variations de quantité dans sa masse. C'est le système nerveux qui les commande, dispensant ainsi, à certains moments, pour certains buts déterminés, un aliment plus ou moins abondant aux métamorphoses de la nutrition, avec leurs conséquences trophiques et thermiques.

L'action du système nerveux sur le mouvement nutritif des parties s'exerce donc par l'intermédiaire des tuniques musculaires des vaisseaux, mises en jeu par les nerfs. Nous touchons ici, Messieurs, à l'une des expériences de Claude Bernard à la fois la plus curieuse et la plus féconde par ses conséquences.

Au commencement du siècle passé, Pourfour du Petit, membre de l'Académie des sciences, communiquait à la savante compagnie un travail qui porte ce titre singulier, où se revèlent les idées du temps: *mémoire dans lequel il est démontré que les nerfs intercostaux* (on désignait ainsi le grand sympathique) *fournissent des rameaux qui portent des esprits dans les yeux»*: L'expérimentateur avait pratiqué la section du grand sympathique au cou, et observé le resserrement de la pupille qui la suit Mais ce que Pourfour du Petit n'avait pas vu, ce que Claude Bernard lui-même n'avait pas observé tout d'abord, ne devait pas échapper à son regard pénétrant.

En répétant cette expérience, dans le courant du mois de novembre 1851, il constate qu'en outre de la constriction pupillaire, on peut voir du côté de la face correspondant à la section, la température s'élever et les vaisseaux se dilater; phénomènes particulièrement saisissants sur les oreilles minces et transparentes des lapins à robe blanche. Il galvanise le bout supérieur du cordon sympathique coupé: les vaisseaux dilatés se contractent; d'active qu'elle était, la circulation devient faible. la conjonctive, les narines, les oreilles, qui etaient rouges, pâlissent, et, comme conséquence de l'expulsion du sang, les parties primitivement échauffées se refroidissent. Voilà d'un seul coup tout un jour inattendu projeté sur le mécanisme des circulations locales. Les conditions mécaniques générales de la circulation, jusque-là le principal objectif des physiologistes, se trouvent reléguées au second plan. En dehors du mouvement circulaire continu engendré et entretenu par le moteur central, il y a donc, au sein des organes et des tissus, d'innombrables circuits de dérivation dans lesquels la distribution du sang peut être incessamment modifiée sous l'influence d'excitations perçues ou non perçues, provoquées ou fortuites. Les vaisseaux dans lesquels le sang circule sont donc le siège de mouvements incessants et inaperçus de contraction et de dilatation, succédant à des influences intérieures ou extérieures, circonscrites ou étendues, agissant à la manière d'écluses chargées de régler la consommation sanguine. De là le nom de vaso-moteurs sous lequel on désigne les nerfs qui animent l'élément contractile des vaisseaux.

Mais ce n'est pas tout, et Claude Bernard ne devait pas tarder à découvrir dans les nerfs une propriété nouvelle et tout à fait imprévue.

A côté des nerfs vaso-moteurs dont l'excitation entraine, ainsi qu'on devait naturellement l'attendre, la contraction des tuniques

musculaires et par conséquent une diminution de calibre, il est d'autres nerfs dont l'excitation détermine dans les vaisseaux qu'ils innervent non pas une constriction, mais une dilatation. La tunique musculaire des vaisseaux se comporte alors comme si les nerfs qui s'y rendent étaient coupés, ou comme si la tunique musculaire était pour un moment paralysée.

De là deux sortes d'agents nerveux musculaires : les vaso-constricteurs agissant à la manière ordinaire des nerfs moteurs, et les vaso-dilatateurs agissant en sens contraire. Cette singulière propriété, Bernard l'avait d'abord rencontrée dans les filets nerveux dépendant du système cérébro-spinal, et l'on put croire un instant à une sorte d'opposition entre les nerfs de la vie animale et les nerfs de la vie organique. Mais il semble résulter des innombrables recherches dont les expériences de Claude Bernard ont été le point de départ, que les vaso-dilatateurs aussi bien que les vaso-constricteurs appartiennent les uns comme les autres, directement ou indirectement, au système nerveux ganglionnaire, lequel tiendrait ainsi sous sa dépendance l'ensemble des actes de la vie de nutrition.

Le mode d'action des nerfs auxquels on donne le nom de vaso-dilatateurs reste entouré d'une obscurité profonde. Y a-t-il, ainsi que le pensait Claude Bernard et que beaucoup d'autres le pensent après lui, y a-t-il réellement deux ordres de filets nerveux les uns conducteurs des incitations constrictives, les autres messagers des actions modératrices ou paralysantes? N'y a-t-il, au contraire, qu'une seule espèce de nerfs conducteurs des incitations motrices, pouvant tantôt éveiller le mouvement, et tantôt le suspendre ou l'arrêter suivant le mode d'après lequel les centres incitateurs les sollicitent à l'action? Ceux-ci auraient-ils le pouvoir, nous ne dirons pas d'anéantir, ce qui serait contraire à ce que nous savons sur la conservation de l'énergie, mais de dissimuler l'action qui semble devoir succéder fatalement à l'impression, c'est-à-dire la créer sans la rendre libre, l'emmagasiner et la confiner à l'état latent pour la dispenser à un moment donné, sous l'influence d'une excitation nouvelle, venue du dehors ou du dedans ?

C'est ce que nous apprendra l'avenir. Pour le moment, ces actions nerveuses de suspension, d'arrêt, ou d'inhibition, pour employer une expression empruntée par M. Brown-Séquard à notre vieux langage juridique, ces actions nerveuses qu'on observe non seulement par l'excitation directe des conducteurs nerveux centrifuges, mais aussi par l'irritation de toute partie sensible, et par voie de retour, dans la sphère des actes réflexes, sont et resteront longtemps encore le grand problème de la physiologie.

Il régnait toujours un certain doute en physiologie sur cette question : la propriété caractéristique que possède le muscle de se contracter lui appartient-elle en propre, est-elle inhérente au muscle lui-même où n'est-elle qu'une propriété d'emprunt et dépend-elle des éléments nerveux qui le pénètrent? Sans doute le muscle doit communiquer librement avec le système nerveux central pour qu'il puisse se contracter sous l'influence de la volonté; mais la volonté n'est qu'un des modes d'excitation du muscle, et celui-ci répond encore aux excitants directs alors que les conducteurs des incitations motrices volontaires sont rompus. Sur quels éléments anatomiques agissent alors les excitants? sur la fibre musculaire elle-même ou sur les fibres nerveuses qui la pénètrent?

C'est à l'aide de ce poison subtil dont les indigènes de l'Amérique méridionale empoisonnent leurs flèches, le *curare*, que Claude Bernard a résolu le problème. Placé sous l'influence de ce poison bizarre, l'animal reste étendu sans mouvement; il semble mort, mais il ne l'est pas ; il ne succombera que plus tard. On excite le tégument sensible, aucun mouvement ne se produit; cependant l'animal a senti, et non seulement il a senti, mais il a voulu le mouvement, afin de se soustraire à la cause vulnérante. Si l'animal ne l'a pas exécuté, c'est que les conducteurs nerveux des incitations motrices sont frappés par le poison dans leurs terminaisons musculaires. Tout cela Claude Bernard le prouve. On peut voir, en effet, la sensibilité partout conservée, et la volonté, ailleurs impuissante, réagir et se manifester par le mouvement dans les seules parties convenablement protégées par des ligatures vasculaires, contre l'irrigation toxique. Ajoutons enfin que les muscles qui n'obéissent plus à l'animal, ont cependant conservé leurs propriétés contractiles; ils répondent à tous les excitants directs. La contractilité appartient à la fibre musculaire.

A côté et au-dessus de cette solution partielle, il est aisé d'entrevoir toute une méthode nouvelle de recherches, que Claude Bernard n'aura garde de laisser échapper. Dans ce muscle qui se contracte sous les influences les plus diverses, dans ce nerf qui peut le solliciter à l'action, de même qu'il peut aussi transmettre en sens inverse les impressions de la sensibilité, autant de modes distinctifs de la vie à la fois unies et séparées, insaisissables pour le grossier scalpel, et que Claude Bernard isole à l'aide d'un réactif physiologique à la fois délicat et sûr, qui sans rien dilacérer et sans rien détruire, pénètre là où ni la main ni l'œil ne peuvent aller, et atteint sûrement les éléments mêmes de l'organisme.

Nous venons de voir ce qu'on obtient avec le curare. Mais de quelle manière, sur quels éléments, agiront d'autres substances, poisons ou médicaments? Et ce n'est pas tout, on peut dire de cet agent comme de beaucoup d'autres, qu'il ne suffit pas de l'introduire dans l'organisme pour voir éclater ses effets. Dans son bel ouvrage sur l'action des agents toxiques et médicamenteux, Claude Bernard prouve que ces agents n'exercent leur action qu'à la double condition d'arriver sur les éléments mêmes sur lesquels ils agissent d'une manière élective, en un temps donné et en quantité suffisante, posant ainsi l'un des préceptes les plus importants de la thérapeutique générale.

A peu près à cette époque, Claude Bernard retrouvait et fixait l'ensemble des conditions nécessaires à la réalisation d'un fait d'expérience qui avait eu un grand retentissement, quelques années auparavant, dans le laboratoire de M. Magendie; il s'agissait d'une forme particulière de la sensibilité, mise en éveil par la stimulation des racines motrices des nerfs rachidiens, et assez improprement désignée sous le nom de sensibilité récurrente; phénomène fugace, incertain, difficile à faire naître, provoqué en quelque sorte à rebours par la voie des incitations motrices, sur lequel on discute encore, et qui n'est sans doute qu'une contraction musculaire régulièrement déterminée par l'excitation des conducteurs nerveux centrifuges, contraction non voulue, inattendue, excessive, une sorte de crampe expérimentale douloureusement ressentie par l'animal.

(*A suivre.*)

Thèses soutenues à la Faculté de Médecine.

Jeudi 4 juin. — M. Celles. Du rhumatisme articulaire pendant l'état puerpéral. — M. Vercier. De la goutte saturnine. — M. Guegan. Sur plusieurs cas d'empoisonnement survenus à la suite d'ingestion de conserves alimentaires altérées. — M. Delcasse. Etude médico-légale sur les sévices de l'enfance. — *Vendredi* 5. M. Blaise. De la forme hémorrhagique de l'érysipèle. — M. Mastringhem. Des collections purulentes et des fistules bi-latérales de la région anale.

Enseignement médical libre.

Clinique chirurgicale. — M. le Dr TERRILLON commencera ses leçons cliniques sur les *Affections chirurgicales et tumeurs de l'abdomen*, le mercredi 3 juin à dix heures à la Salpêtrière et les continuera les mercredis suivants. — Opérations le samedi.

FORMULES

13: Antipyrine.

Alcaloïde dérivé de la quinoléine. Le *chlorhydrate d'antipyrine* se présente sous forme de poudre blanche, d'un gris jaunâtre, quand elle est restée exposée à l'air, soluble dans l'eau froide (1 gr. pour 3 gr.), plus soluble dans l'eau chaude (1 gr. dans 50 centigr. d'eau), dans l'alcool. D'un goût amer moins désagréable et moins persistant que celui de la quinine.

Effets physiologiques. — Antipyrétique puissant, elle jouit de propriétés identiques à celle de la kairine, mais son action est plus prolongée et beaucoup plus active, et elle ne produirait pas d'altération du sang (Huchard, Ardusio); il ne se manifeste pas de frissons lors de la réaction, c'est-à-dire quand la température remonte. Elle produit parfois des sueurs modérées (1), des vomissements, de la constriction pharyngée, un exanthème particulier (Pribram, Cahn, etc.), mais on n'aurait pas observé de collapsus.

L'antipyrine aurait des propriétés antiputrides et hémostatiques (Arduin, Hénocque). — Elimination par les reins (que l'on peut encore constater 36 heures après son administration (Maragliano).

Doses. — M. Filehne qui le premier a expérimenté l'antipyrine la prescrivait à la dose de 5 à 6 gr., en trois prises, à un intervalle d'une heure ; d'autres auteurs l'ont donnée à celles de 9 à 10 gr. Il est toutefois prudent de n'élever les doses que progressivement (collapsus). Chez les enfants, MM. Penzoldt et Sartorius conseillent d'en administrer d'abord chaque heure autant de décigrammes que de nombre d'années En *injection hypodermique* l'action anti-pyrétique serait plus intense et plus rapide.

Employée par un grand nombre d'auteurs, elle doit surtout être utilisée contre le symptôme « Fièvre » ; Rank (1884) paraît être le premier qui l'ait injectée hypodermiquement (1 à 1 1/2 cent. cube d'une solution à 1 gr. de substance active par 50 centigr. d'eau). La solution faite à chaud conserve sa limpidité par le refroidissement. Pratiquées dans la région fessière, ces solutions ne déterminent qu'une douleur fugitive sans réaction inflammatoire. — Erb, Hoffer, Huchard, Niepce, Mingazzini, Roussel, Pávay, etc , ont employé les injections sous-cutanées; les trois

(1) Selon M. Huchard les sueurs n'apparaîtraient pas quand l'antipyrine est donnée à doses fractionnées (50 centigr.).

premiers y auraient renoncé à cause des vives douleurs occasionnées par la solution, les autres ont continué à les recommander. M. Huchard a constaté que la méthode hypodermique est un peu douloureuse: elle lui aurait paru donner des résultats moins satisfaisants que la voie stomacale (1).

M. Pàvay (2) a employé une solution à 50 0/0 ; il a injecté trois seringues de Levin (d'une contenance de 2 gr.) en une heure, soit 3 gr. d'antipyrine. Les effets sont rapides. Après chaque injection il malaxe pendant quelques minutes le lieu de l'injection qui est faite dans les muscles de la fesse. Il n'aurait jamais observé d'accidents locaux (sensation de brûlure, douleurs, inflammation, etc.); aussi croit-il devoir recommander ces injections toutes les fois que pour une cause quelconque on ne peut utiliser la voie stomacale.

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 17 mai au samedi 23 mai 1885, les naissances ont été au nombre de 1113, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 459; illégitimes, 117. Total, 576. — *Sexe féminin* : légitimes, 407 ; illegitimes, 130. Total, 537.

Mortalité a Paris.— Population d'après le recensement de 1881: 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 17 mai au samedi 23 mai 1885 les décès ont été au nombre de 1078, savoir : 575 hommes et 503 femmes. Les decès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 12 F. 7. T. 19. Variole : M. 2 F. 2 T. 4. — Rougeole M. 24. F. 20. T. 44. — Scarlatine : M. 4 F. 4 T. 8. — Coqueluche : M. 3. F. 3 T. 6. — Diphthérie, Croup. M. 24. F. 18. T. 42 — Dyssenterie : M. .. F. ., T. ..— Erysipèle: M. ., F.., T... — Infections puerpérales : 3 — Autres affections épidémiques : M. .. F. ., T. . — Méningite tuberculeuse et aiguë: M. 27, F. 20, T. 47. — Phthisie pulmonaire : M. 124, F. 79 T. 203. —Autres tuberculoses M. 20. F. 12.T. 32. — Autres affections générales : M. 29. F. 36 T. 65 — Malformations et débilité des âges extrêmes: M. 27, F. 24 T. 51 — Bronchite aiguë : M. 9. F. 12. T. 21.— Pneumonie : M. 43, F. 53. T 96 — Athrepsie : M. 30. F. 23.T. 53. — Autres maladies des divers appareils : M 167. F. 173, T. 340. — Après traumatisme : M. ., F. ., T. .. — Morts violentes : M. 19, F. 6. T 25. — Causes non classées M 10 F 6, T. 16.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 91 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 26 ; illégitimes, 10. Total : 36. — *Sexe féminin* : légitimes, 40 ; illégitimes, 15. Total : 55.

Faculté de médecine de Paris. — *Concours pour le clinicat médical.* — Un concours pour les emplois vacants de chef de clinique médicale s'ouvrira à la Faculté de médecine de Paris, le lundi 6 juillet 1885, à 9 heures du matin. Il sera pourvu à la nomination de deux chefs de clinique titulaires et de deux chefs de clinique adjoints. — *Conditions du concours.* — Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté avant le 1er juillet 1885. (Le registre d'inscription sera ouvert tous les jours de midi à 3 heures.) Ils auront à produire leur acte de naissance et leur diplôme de Docteur. Sont admis à concourir tous les docteurs en médecine qui n'ont pas plus de 34 ans au jour d'ouverture du concours. Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celles d'agrégé en exercice, de médecin ou de chirurgien des hôpitaux, de prosecteur, ou d'aide d'anatomie. Pour tous autres renseignements, s'adresser au secrétariat de la Faculté. — Un emploi de chef de clinique des maladies du système nerveux et un emploi de chef-adjoint sont également mis au concours dans les mêmes conditions.

Concours pour le clinicat chirurgical. — Un concours pour les emplois vacants de chef de clinique chirurgicale s'ouvrira à la Faculte de médecine de Paris, le mercredi 1er juillet 1885, à 9 heures du matin. Il sera pourvu à la nomination d'un chef de clinique titulaire et d'un chef de clinique adjoint. *Conditions du concours.* — Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté avant le 25 juin 1885. (Le registre d'inscription sera ouvert tous les jours de midi à 3 heures). Ils auront à produire leur acte de naissance et leur diplôme de docteur. Sont admis à concourir tous les docteurs en médecine qui n'ont pas plus de 38 ans au jour d'ouverture du concours. Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celles d'agrégé en exercice, de médecin ou de chirurgien des hopitaux, de prosecteur, ou d'aide d'anatomie. Pour tous autres renseignements, s'adresser au secrétariat de la Faculté.

Concours du bureau central, (*Chirurgie*). — Les candidats inscrits, sont : MM. Barette, Bazy, Brun, Castex, Garnier, Jarjavay, Jullien, Labbé, Marchant, Ménard, Michaux, Nepveu, Ozenne, Petit-Vendol, Picqué, Poirier, Ramonat. Ramonède, Rémy et Routier.

Concours *pour une place d'accoucheur du bureau central.* — Le jury, tiré au sort, se compose de : MM. Trélat, Benjamin Anger, Marchand, Porak, de Saint-Germain, Mesnet et Lucas-Championnière. M. Trélat n'accepte pas.— Les candidats inscrits sont : MM. Doléris, Stopfer, Olivier, Bureau, Suxieb, Boissard, Loriot, Auvard.

Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille. — Par décret de mai 1885, le Dr Hermann est nommé professeur d'anatomie pathologique et de pathologie générale.

Faculté de médecine de Montpellier. — M. Castan, professeur, est nommé pour cinq ans doyen, en remplacement de M. Benoit, relevé de ses fonctions ; sur sa demande, nommé doyen honoraire.

Ecole de médecine de Poitiers. — M. De la Garde, chargé du cours d'hygiène et de thérapeutique, est nommé professeur d'hygiène et de thérapeutique.

Faculté de médecine de Nancy. — Par décret du 22 mai 1885, M. Weiss, agrégé, est nommé professeur de pathologie externe.

Ecole de médecine de Reims. —M. le Dr Colle-Ville (Henri-Georges), est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

Faculté des sciences de Besançon. — Par décret du 22 mai 1885, M. Boutroux, Dr ès sciences, est nommé professeur de chimie.

Faculté des sciences de Grenoble. — Par décret du 22 mai 1885, M. Astor, Dr ès sciences, est nommé professeur de mécanique rationnelle et appliquée.

Faculté des sciences de Nancy. — Par décret du 22 mai 1885, M. Haller, Dr ès sciences, agrégé de pharmacie, est nommé professeur de Chimie.

Indemnité aux professeurs suppléés. — Par décret du 23 mai 1885, les professeurs des facultés et écoles supérieures de pharmacie, suppléés pour raison de santé, recevront dorénavant en sus de la somme qu'ils conservent sur leur traitement, une indemnité égale à la différence entre cette somme et la moitié de leur traitement de titulaire.

Le choléra. — Le consul français d'Alexandrie vient de prévenir le comité sanitaire de cette ville que le choléra sévissait aux Indes, entre Madras et Calcutta, et a demandé l'imposition d'une quarantaine aux vaisseaux venant de l'Inde et traversant le canal de Suez —A Londres, à la chambre des Communes, Sir Charles Dilke a formellement démenti le bruit de l'apparition du choléra à Durham — En Espagne, les bulletins sanitaires de la province de Valence signalent encore des cas suspects. Le conseil supérieur de santé de Madrid a décidé que les inoculations du Dr Ferran seraient suspendues jusqu'à ce qu'une enquête médicale ait été faite.

Inauguration du nouvel hôpital du Havre. — Par suite des obsèques de Victor Hugo, l'inauguration de cet hôpital qui devait avoir lieu le dimanche 31 mai est remise au dimanche 14 juin.

Nécrologie. — M. Borius, médecin principal de la marine, décédé à Hanoï. — Dr Gaudefray, médecin auxiliaire de 2e classe de la marine, une des premières victimes de l'épidémie de fièvre jaune qui sévit en ce moment aux îles du Salut. — Le *concours médical* annonce la mort de M. le Dr Paul Picot, d'Aumale (Algérie). — On annonce la mort de Charles Roullet, interne des hôpitaux de Lyon; il aurait succombé aux suites d'une piqûre anatomique. — Le professeur Pierre Picard, de la Faculté de Lyon, décédé à New-Yorck. — Le professeur Henle (de Göttingen), dont les travaux sont bien connus en France, vient de mourir à l'âge de 76 ans Dans le prochain numéro, nous donnerons la bibliographie des travaux de l'illustre anatomiste.

Avis aux Etudiants. — Un étudiant sachant le russe et l'allemand s'offre à donner des leçons de l'une ou de l'autre de ces langues, ou à faire des traductions. — S'adresser aux bureaux du *Progrès.*

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

PARIS. — IMP. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71.

(1) M. Blore (de Leeds) a publié dans la *Lancet* un cas d'empoisonnement à la suite de l'administration de 3 gr. d'antipyrine chez une femme qu'il traitait pour des accidents consécutifs à une fausse couche ; mais une observation incomplète et surtout l'autopsie (infarctus multiples de la rate et des reins) ne permettent guère de partager l'opinion de cet auteur.

(2) Pàvay. — *Ueber einige neuere Arzneimittel und deren Anwendungsmethoden* (*Pester med. chirurg. Presse*, 18 janvier 1885.)

13e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. I. N° 23 BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 6 JUIN 1885.

Le Progrès Médical

CLINIQUE NERVEUSE

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — **M. CHARCOT.**

A propos de six cas d'hystérie chez l'homme (1);

Leçons recueillies par M. Georges GUINON, interne du service.
(1re leçon, 2e partie).

Messieurs,

Les cas dont il va être question actuellement, sont à plusieurs égards, en quelque sorte calqués sur le précédent, cela nous dispensera d'entrer à leur sujet dans de très longs développements.

OBS. II. Le nommé Gil... âgé de 32 ans, doreur sur métaux, est entré à la Salpêtrière en Janvier 1885. On ne constate rien de bien particulier dans les *antécédents héréditaires*. Son père qui était très violent, est mort à 60 ans à la suite d'une paralysie survenue sans attaque. Sa mère, morte tuberculeuse, était nerveuse, mais n'avait jamais eu d'attaques.

Les *antécédents personnels* sont beaucoup plus intéressants à étudier. A l'âge de 10 ans il a été somnambule. Depuis son enfance il a peur dans l'obscurité, et la nuit il est sujet à des hallucinations hypnagogiques, à des cauchemars. De très bonne heure il a abusé du coït; il ressent de temps à autres une sorte d'impulsion irrésistible vers les femmes. Il lui est arrivé souvent de courir soudain voir une fille pour venir ensuite reprendre son travail. Il est de plus masturbateur frénétique. Il est intelligent cependant; c'est un habile ouvrier et il apprend facilement; à ses heures il est musicien, il joue du violon, de l'accordéon. Il fréquente volontiers le théâtre; cependant, d'un caractère plutôt sombre et taciturne, il recherche habituellement la solitude.

Son métier, dans lequel on emploie le mercure, n'a jamais produit chez lui d'accidents qu'on puisse rattacher à l'intoxication mercurielle. Pas de signes d'alcoolisme. Pas de syphilis.

Une *première attaque* s'est produite à l'âge de 20 ans, sans cause connue. Il était sur l'impériale d'un omnibus, lorsqu'il ressentit les premiers avertissements. Il eut le temps de descendre et l'attaque convulsive eut lieu dans la rue. Les attaques se reproduisirent ensuite assez fréquemment. Il en a compté dans le temps jusqu'à 4 ou 5 par mois. Il parait que, à cette époque, dans plusieurs accès il a uriné sous lui. Les crises convulsives s'étaient depuis plusieurs années considérablement espacées et ne revenaient plus qu'à de longs intervalles lorsque, en 1880, le malade fut victime d'une agression nocturne. Il reçut un coup de couteau *sur la tête*, dans la région pariétale droite, tomba sans connaissance, fut dévalisé et laissé pour mort sur la place. On le releva et on le transporta à la Charité dans le service de M. Gosselin où il resta pendant trois ou quatre jours sans connaissance. Un érysipèle se développa quelques jours après autour de la plaie de tête produite par le coup et c'est au moment de la guérison que débuta une céphalalgie intense et d'un caractère particulier qui persiste encore aujourd'hui.

Pendant longtemps à la suite de cet accident, il resta plongé dans une sorte d'hébétude dont il ne sortit que peu à peu très incomplètement du reste, car depuis cette époque, même dans ses meilleurs jours, il lui est impossible de travailler, de s'occuper, de lire même avec quelque suite. Aussi bientôt tomba-t-il dans la misère. D'ailleurs les attaques qui un instant avaient fait trêve, reparurent ensuite plus intenses et plus nombreuses qu'autrefois; c'est pourquoi, en février 1883, le malade se présenta à l'Hôtel-Dieu où il fut admis. Il y demeura jusqu'en mars 1884.

C'est là que l'hémianesthesie gauche complète, absolue, que nous retrouvons aujourd'hui fut pour la première fois constatée. Les attaques alors fréquentes et considérées, paraît-il, dans le service comme relevant du mal comitial, furent pendant près de 13 mois traitées par le bromure de potassium à haute dose sans le moindre amendement.

Lorsque le malade fut admis à la Salpêtrière en Janvier 1885, nous avons constaté ce qui suit:

L'état général, en ce qui concerne les fonctions de nutrition paraît assez satisfaisant. Il mange bien et n'est pas anémique. Par contre on ne tarde pas à reconnaître chez lui une dépression psychique très accentuée. Il est sombre, taciturne, méfiant, il semble éviter les regards et ne fréquente guère les autres malades du service. Il ne se livre dans la journée à aucune occupation, à aucune distraction. L'hémianesthésie gauche déjà constatée à l'Hôtel-Dieu est complète, absolue, en ce qui concerne la sensibilité commune. Les troubles sensoriels de ce même côté gauche sont aussi très nettement accusés. De ce côté en effet, obnubilation notable de l'ouie; perte complète de l'odorat et du goût; à l'œil gauche achromatopsie complète régulièrement constatée par M. Parinaud et rétrécissement extrêmement prononcé du champ visuel pour la lumière blanche. Contrairement à ce qui a lieu, dans la majorité des cas, de ce genre, l'étendue du champ visuel, la notion des couleurs sont absolument normaux à droite. Il n'existe d'ailleurs aucune trace d'une lésion du fond de l'œil soit à droite soit à gauche.

Constamment il se plaint d'une céphalie intense, gravative ou plutôt constrictive, générale, occupant l'occiput, le sommet de la tête, le front, les tempes surtout, plus prononcée du côté gauche que du côté droit. Il lui semble porter sur la tête un casque, lourd et étroit qui l'enserre et le comprime. Cette céphalalgie permanente, comme nous l'avons dit, s'exagère notablement un peu avant et à la suite des attaques. Elle s'exagère surtout lorsque le malade se livre à la moindre occupation, lorsqu'il veut lire par exemple ou écrire une lettre.

Les attaques dont nous avons été bien des fois témoin dans le service, présentent les caractères suivants : elles peuvent être spontanées ou provoquées, dans les 2 cas elles ne diffèrent par aucun caractère essentiel. Trois zones hystérogènes ont été découvertes : deux d'entre elles occupent à droite et à gauche les régions sous-mammaires; la troisième existe dans la région iliaque droite ; de ce côté cependant la pression du testicule et du cordon ne produisent aucune sensation anormale. Quand on presse légèrement sur les plaques

(1) Voir le n° [illegible].

hystérogènes, dont le siège vient d'être indiqué, le malade éprouve immédiatement tous les symptômes de l'aura céphalique, à savoir battements dans les tempes, sifflements dans les oreilles, vertiges, etc. Mais, pour peu qu'on insiste, l'attaque survient à coup sûr très rapidement. Quelques spasmes épileptoïdes de peu de durée du reste, inaugurent la scène. Ils sont bientot suivis de contorsions diverses et de grands mouvements de salutation, interrompus de temps à autre par l'attitude *en arc de cercle* ; pendant ce temps le malade ne cesse de pousser des cris sauvages. Un rire convulsif, des pleurs, des sanglots terminent l'attaque. Au réveil, G. ne conserve aucun souvenir de ce qui s'est passé. Les points hystérogènes ne sont chez lui que très incomplètement spasmo-frénateurs ; quand on les comprime pendant l'attaque, eelle-ci se suspend un instant, mais elle reprend bientot le cours de son évolution. Provoquées ou spontanées les attaques se répètent, en général successivement un certain nombre de fois de manière à constituer des séries : jamais en pareil cas la température rectale ne s'est élevée au-dessus de 37,8 c.

D'après la description abrégée qui précède, vous reconnaitrez que le cas de G. se rapproche beaucoup de celui de Rig. 1re obs. dont il ne diftère que par quelques points de détails. Dans les deux cas, mêmes stigmates hystériques, mêmes tendances mélancoliques ; mêmes attaques caractéristiques avec cette seule particularité relative à G. que chez lui l'aura évolue avec une grande rapidité, et que dans la crise, les attitudes passionnelles font défaut. Voici maintenant les quelques différences qu'il convient de signaler à propos du second cas.

Nous avons dit que dans quelques-unes de ses attaques G. se mord la langue et urine sous lui. Le fait a été par nous parfaitement constaté. Nous avions été, un instant, porté à croire, d'après cela, que chez lui il s'agissait de l'hystéro-épilepsie à crises distinctes, à savoir : épilepsie vraie d'un coté, grande hystérie de l'autre, se montrant sous forme d'attaques séparées. Un examen plus attentif nous a fait reconnaître qu'il n'en est rien. Toutes les attaques chez G. ont le caractère de la grande hystérie et c'est pendant le cours de ces attaques-là que quelquefois il se mord la langue et que quelquefois il urine sous lui. Mais la morsure de la langue et l'émission involontaire des urines ne sont pas, tant s'en faut, des caractères univoques du mal comitial. Ces accidents peuvent s'observer dans l'hystéro-épilepsie dégagée de toute complication de mal comitial. Le fait est rare à la vérité ; j'en ai observé et publié cependant un certain nombre d'exemples parfaitement caractéristiques.

En terminant ce qui concerne ce cas, j'appellerai votre attention sur la céphalalgie dont G. souffre d'une façon permanente, mais qui s'exaspère à coup sûr pour peu qu'il se livre à la moindre occupation. Avec toutes les particularités que nous avons relevées plus haut, la céphalalgie de ce genre n'appartient pas au tableau de l'hystérie : elle se rencontre au contraire pour ainsi dire nécessairement dans la névrose neurasthénique (Neurasthenia de Beard (1)), dont elle constitue un des caractères prédominants, et où l'on observe également la dépression physique et mentale qui existe à un si haut degré chez notre malade. J'ai eu soin de relever que chez lui ces divers symptômes se sont produits à la suite du coup qu'il a reçu sur la tete. Or, Messieurs, l'état neurasthénique avec tout l'ensemble des phénomènes que Beard lui assigne dans sa remarquable monographie est l'une des affections nerveuses qui se développent le plus fréquement en conséquence du *shock*, en particulier dans les accidents de ehemin de fer. C'est ce dont témoignent plusieurs des observations rapportées par M. Page (1) ; j'ai pour mon compte rencontré deux exemples absolument semblables à ceux publiés par cet auteur, et dont l'un concerne un de nos confrères de Paris. D'après cela il y a lieu d'admettre, je crois, que deux éléments bien distincts coexistent chez notre malade G. En premier lieu, l'état neurasthénique, conséquence immédiate et directe du shock dont il a été victime il y a trois ans ; en second lieu l'hystéro-épilepsie avec tout le cortège des phénomènes qui la caractérisent. Celle-ci préexistait à l'accident, mais elle s'est toutefois considérablement aggravée depuis, ainsi que vous pourrez en juger en vous reportant aux détails de l'observation.

J'en viens maintenant à l'examen d'un troisième malade qui, du reste, rentre exactement, ainsi que je vous l'ai annoncé, dans le même cadre que les deux précédents.

Obs. III. — L'homme que vous avez sous les yeux est un nommé Gui..., âgé de 27 ans, exerçant la profession de serrurier. Il est entré le 20 février 1884, dans la service de mon collègue M. le docteur Luys. De ses parents il ne connait que son père qui est mort à l'âge de 48 ans, alcoolique avéré, et sa mère encore vivante qui parait n'avoir jamais souffert d'affections nerveuses. Il a eu sept frères et sœurs ; un seul de ses frères est vivant : il n'a jamais été malade, parait-il, et n'est pas nerveux.

Vers l'âge de 12 ou 13 ans G. est devenu très poltron, il ne pouvait pas rester seul dans une chambre sans éprouver un sentiment d'anxiété. D'ailleurs, il n'était ni irritable ni d'un caratère diffieile. A l'école il apprenait facilement et plus tard, vers l'âge de 17 ou 18 ans, il s'est montré, dans sa profession, adroit et intelligent. Plusieurs fois même, dans des concours pour des ouvrages de serrurerie, il a obtenu des médailles. Malheureusement, vers cette époque, un penchant immodéré pour les femmes et pour la boisson se sont développés chez lui. Il travaillait dans le jour comme ses camarades, mais la journée finie, il lui arrivait très souvent d'aller au bal et de passer la nuit au cabaret ou avec des filles. Ces excès se renouvelaient de temps à autre plusieurs fois la semaine. Ils le privaient naturellement du sommeil néeessaire. Cependant ils ne paraissaient pas le fatiguer beaucoup, ear le lendemain il se rendait à son travail comme d'habitude et s'acquittait de sa besogne convenablement.

A l'âge de 21 ans, en 1879, pendant une de ses expéditions nocturnes, il reçut un coup de couteau qui pénétra dans l'œil gauche. Il fut immédiatement porté à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Panas, qui peu de temps après, pratiqua l'énucléation de cet œil. Au sortir de l'hôpital G... ne tarda pas à reprendre sa vie désordonnée.

A partir du commencement de 1882 il lui arriva fréquemment qu'au moment où il fermait les yeux pour s'endormir, il croyait voir un monstre à figure humaine qui s'avançait vers lui. Epouvanté il poussait un cri, ouvrait les yeux et la vision disparaissait, mais pour

(1) G. M. Beard. *Die Nervenschwäche (Neurasthenia)*. 2e Auflage Leipzig, 1883.

(1) H. Page. *Injuries of the spinal cord and nervous schok*, etc., p. 170 et 171. London. 1885. Voir aussi L. Dana. *Concussion of the Spine and its relation to neurasthenia and hysteria. New-York medical Record*. 6 déc. 1884.

reprendre aussitôt que de nouveau il fermait les paupières. Il tombait alors dans un état d'anxiété extrêmement pénible, et souvent il restait ainsi une partie de la nuit sans pouvoir trouver le sommeil.

Ces hallucinations hypnagogiques duraient déjà depuis six mois environ, lorsqu'en juillet 1882 il fut victime d'un nouvel accident plus terrible que le premier. Occupé à poser un balcon au troisième étage d'une maison, alors que peut-être il était ivre, il tomba dans la rue, sur ses pieds à ce qu'il affirme. Toujours est-il qu'il perdit connaissance pendant plus d'une heure. A son réveil il se fit transporter de nouveau à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le professeur Panas. Il paraît qu'on craignit alors l'existence d'une fracture du crâne. Néanmoins la guérison ne se fit pas attendre très longtemps, et au bout de deux mois le malade put rentrer chez lui. Bientôt après les hallucinations nocturnes terrifiantes reparurent comme de plus belle et peu après commencèrent à se produire pour la première fois les attaques spasmodiques. Celles-ci ne furent pas tout d'abord aussi bien caractérisées qu'elles le devinrent par la suite. Elles consistaient surtout en des vertiges survenant tout à coup et suivis de rigidité, puis de tremblement des membres. Il n'y avait pas de perte de connaissance. Elles n'étaient pas d'ailleurs très fréquentes.

Les choses restèrent ainsi pendant près de dix-huit mois. Au bout de ce temps les prescriptions données par divers médecins consultés étant restées sans effet, G... pris le parti d'entrer à la Salpêtrière (service de M. Luys).

Peu après l'admission G... devint sujet à des accès fréquents de coliques abdominales et gastriques suivies d'un sentiment de constriction au pharynx et bientôt de vomissements qui survenaient sans effort. Ces accidents qui n'avaient cédé à aucune médication, cessèrent au bout de six semaines environ tout à coup. Vers ce temps-là fut reconnue l'existence de l'hémianesthésie droite, et aussi du tremblement particulier de la main droite dont il va être question dans un instant.

En janvier 1885, par suite d'un changement de personnel, les malades de M. Luys passèrent dans notre service et c'est alors que je vis G... pour la première fois. Il est, vous le savez, assez bien musclé, vigoureux; son état général paraît satisfaisant. L'état mental n'a présenté actuellement aucune grande anomalie. Les hallucinations hypnagogiques ont depuis plus d'un an, à peu près, complètement disparu. G... n'est pas triste, il converse volontiers avec les autres malades et se rend utile dans la salle.

L'hémianesthésie est complète, absolue, à droite, ni le contact, ni la piqûre ne sont perçus de ce côté du corps. Les organes des sens sont également profondément affectés de ce même côté : L'ouïe, l'odorat, le goût en particulier. Pour ce qui est de l'organe de la vision, l'examen méthodique y fait reconnaître des modifications très bien caractérisées. Du côté droit — vous n'avez pas oublié que l'œil gauche est absent — le champ visuel est extrêmement rétréci. Le rouge seul est perçu par cet œil et le cercle de cette couleur est réduit presque à un point.

Le tremblement dont il a été question déjà plus haut et qui occupe la main droite est remarquable par la régularité parfaite de son rythme constatée à l'aide des appareils enregistreurs. Il consiste en oscillations dont le nombre est de cinq en moyenne par seconde. A cet égard il tient par conséquent le milieu entre le tremblement à oscillations lentes, tel que celui de la paralysie agitante par exemple et les tremblements vibratoires, ou autrement dit à oscillations rapides de la paralysie générale et de la maladie de Basedow. Il ne s'exagère pas sous l'influence des mouvements volontaires (1). Le malade peut se servir de sa main pour boire et manger, et peut même écrire très passablement, à la condition seulement d'appuyer fortement avec sa main gauche sur son poignet droit, manœuvre qui fait cesser le tremblement pour un instant. Le sens musculaire est parfaitement conservé dans toute l'étendue du membre supérieur droit.

La seule zône hystérogène constatée chez G... occupe le testicule et le trajet du cordon spermatique, presque jusqu'à l'aîne du côté droit. La peau du scrotum de ce côté est très sensible et lorsqu'on la pince un peu fortement on produit exactement les mêmes effets que si l'on comprime soit le testicule lui-même, soit le cordon, c'est-à-dire soit le développement, soit au contraire l'arrêt de l'attaque, suivant le cas.

Ces attaques, qu'elles soient spontanées ou provoquées par l'excitation artificielle de cette zone hystérogène sont toujours précédées par une sensation d'*aura* douloureuse parfaitement caractérisée, laquelle prenant son point de départ dans le testicule droit, remonte vers les régions épigastrique et cardiaque, puis à la gorge où elle détermine une forte constriction, et, enfin, atteint la tête où se produisent des sifflements, surtout dans l'oreille droite et des battements principalement à la tempe du même côté. Le malade perd alors complètement connaissance; la période épileptoïde est commencée : d'abord augmente et se précipite le tremblement de la main droite, les yeux se convulsent en haut, les membres s'étendent, les poings se ferment puis se tordent dans la pronation exagérée. Bientôt les bras se rapprochent l'un de l'autre au-devant de l'abdomen par suite d'une contraction convulsive des muscles pectoraux. Après cela survient la période des contorsions, caractérisée surtout par des mouvements de salutation extrêmement violents qui s'entremêlent avec des gestes désordonnés. Le malade brise ou déchire tout ce qui se trouve à la portée de ses mains : Il prend les poses, les attitudes les plus bizarres de manière à légitimer pleinement la dénomination de *clownisme* que j'ai proposée pour désigner cette partie de la deuxième période de l'attaque. De temps en temps les contorsions ci-dessus décrites s'arrêtent un instant pour faire place à l'attitude si caractéristique dite « arc de cercle ». Tantôt c'est un véritable opisthotonos dans lequel les reins sont séparés du plan du lit par une distance de plus de 50 centimètres, le corps ne reposant que sur le vertex d'un côté, sur les talons de l'autre. D'autrefois le cercle se fait en avant, les bras croisés sur la poitrine, les jambes en l'air, le tronc et la tête soulevés, les fesses et les reins reposant seuls sur le lit. D'autrefois enfin, dans l'attitude de l'arc de cercle le malade repose, soit sur le côté droit, soit sur le côté gauche. Toute cette partie de l'attaque est chez G... parfaitement belle, si je puis m'exprimer ainsi et chacun de ces détails méritait d'être fixé par les procédés de la photographie instantanée. Je fais passer sous vos yeux les figures qui ont été ainsi obtenues par M. Londe. Vous voyez qu'au point de vue de l'art elles ne laissent rien à désirer; mais de plus elles sont pour nous très instructives. Elles nous montrent en effet que

(1) *Prog. méd.*, 1885, n° 12.

pour ce qui concerne la régularité des périodes et le caractère typique des diverses attitudes, les attaques

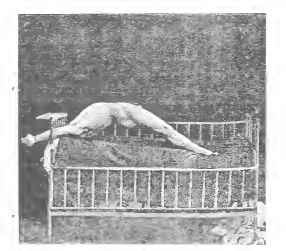


Fig. 28. — Arc de cercle en arrière.

chez G... ne le cèdent en rien à celles que nous observons chaque jour, chez nos hystéro-épileptiques du

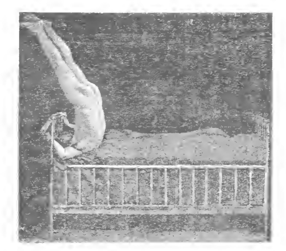


Fig. 29. — Arc de cercle en avant.

sexe féminin les plus classiques ; et cette ressemblance parfaite mérite d'autant mieux d'être signalée que

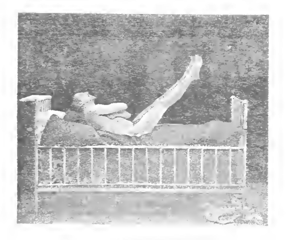


Fig. 30. — Attitude illogique.

jamais G... n'a pénétré dans le dortoir où sont placées les femmes « en attaques » de telle sorte qu'on ne saurait invoquer chez lui l'influence de l'imitation contagieuse.

Seule la période des hallucinations et des attitudes passionnelles fait chez G... habituellement défaut. Quelquefois seulement nous avons vu vers la fin de la crise sa physionomie exprimer alternativement la

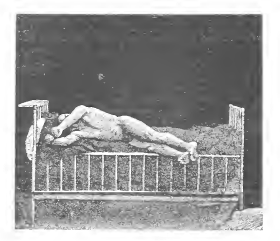


Fig. 31. — Arc de cercle de côté (en avant).

frayeur ou la joie, alors que ses mains restaient dans le vide comme à la recherche d'un être imaginaire.

La fin de l'attaque est chez notre malade souvent marquée par une sorte d'aphasie motrice qui en général ne dure pas plus de huit ou dix minutes, mais qui une fois a persisté pendant près de six jours. Alors

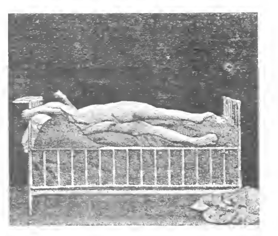


Fig. 32.— Arc de cercle de côté (en arrière

quand le malade veut parler, quelques sons rauques, inarticulés sortent seuls de sa bouche ; il s'impatiente, s'agite mais parvient cependant à se faire comprendre par des gestes très expressifs. Il lui est même arrivé plusieurs fois en pareil cas de prendre la plume et d'écrire très lisiblement quelques phrases très correctes.

C'en est assez sur ce cas à tous égards parfaitement classique. Mais nous n'en avons pas encore fini avec l'hystérie de l'homme. Nous la retrouverons dans la prochaine leçon, tout aussi caractérisée que dans les cas précédents, chez trois autres malades du service de la clinique. (*A suivre*).

Variole. — Par suite d'une épidémie de variole qui sévit dans les localités voisines de la frontière suisse, les voyageurs arrivant de France aux Verrières ou au Locle par la frontière Neuchâteloise, sont soumis à une visite sanitaire.

CLINIQUE MÉDICALE

HÔTEL-DIEU. — **M. G. SÉE.**

Obstruction intestinale ; vomissements fécaloïdes et diarrhée; guérison par la morphine ;

Par **Albert MATHIEU**, chef de clinique médicale.

L'observation qui va suivre nous paraît digne d'être publiée. Dans certains côtés elle est réellement exceptionnelle. Cependant ce n'est pas sa rareté même qui mérite considération, mais l'enseignement qu'elle comporte. Lorsqu'on se trouve en présence de malades qui présentent des phénomènes d'obstruction intestinale, la nécessité d'un diagnostic précis s'impose d'autant plus que l'intervention thérapeutique est dans ces derniers temps devenue de plus en plus active. L'électrisation de l'intestin a donné d'excellents résultats. La laparotomie compte des succès et, grâce aux moyens antiseptiques, le danger de la péritonite étant de plus en plus restreint, il devient nécessaire de déterminer de la façon la plus précise les indications positives de l'intervention chirurgicale.

A ces divers points de vue, le fait que nous allons rapporter mérite considération. Ce n'est pas tout. Les vomissements fécaloïdes, considérés autrefois comme un signe presque absolu d'occlusion, ont un peu perdu de leur grave signification pronostique. Il peut donc être utile de signaler tous les cas dans lesquels ils se produisent sans que la mort vienne justifier les appréhensions qu'ils provoquent.

La nommée J. E..., âgée de 23 ans, domestique, entre le 24 décembre 1884, dans le service du professeur G. Sée, à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Jeanne, nº 5.

Jamais de maladie antérieure. — Elle a été réglée à partir de 12 ans 1/2. La menstruation était irrégulière. Les règles revenaient seulement tous les 4 ou 5 mois. Elles étaient abondantes et duraient une huitaine de jours. Elles ne s'accompagnaient pas de douleurs dans le ventre ou dans les lombes. — Jamais d'attaques de nerfs. Toutefois la malade est impressionnable, et aux époques menstruelles, elle éprouvait assez souvent la sensation d'une boule remontant le long de l'œsophage. Elle ne présente pas d'anesthésie. Dix jours avant son entrée, elle éprouve du malaise général, une sensation de courbature. Elle est *constipée* : Au bout de six jours, les règles surviennent. Elle ressent alors des coliques, des borborygmes, son ventre se gonfle légèrement. Il survient quelques vomissements alimentaires. Jusque-là elle avait continué son travail habituel. — Les jours suivants, les vomissements persistent ainsi que la constipation et le ballonnement du ventre. Le 24, à son *entrée* dans la salle, le faciès est légèrement grippé ; les extrémités et le nez sont froids. Pas de fièvre ; le pouls est rapide, un peu faible, régulier. — L'abdomen est tympanisé. Il paraît à peu près également distendu dans toute son étendue. A la partie moyenne du ventre on constate la sonorité propre à l'intestin grêle ; sur tout le pourtour, la sonorité du côlon.

Cette sonorité est en particulier très nettement appréciable au niveau du *cœcum*. Dans la *fosse iliaque gauche*, au niveau de l'S iliaque, la sonorité est moins marquée; il y a presque de la submatité. Nulle part on ne trouve de tumeur abdominale, de tuméfaction, de rénittence, d'empâtement ou de crépitation amidonnée. — Il n'y a pas de *douleur localisée ;* rien qu'une sensation de tension pénible. — Par le toucher vaginal, l'utérus est abaissé, mobile. Les culs de sac périutérins sont libres. A travers la paroi recto-vaginale on constate des scybales arrêtées dans le rectum, en petit nombre et espacées. — Le toucher rectal ne fournit pas de renseignements particuliers. Les régions inguinales et crurales, l'ombilic, le triangle de J.-L. Petit sont explorés sans qu'on y trouve trace de hernie.

Comme traitement, on ordonne un lavement au sulfate de soude et au sené, et de plus on fait prendre deux verres d'eau de sedlitz. Il ne tarde pas, sous cette influence, à se faire une débâcle abondante. Au début, ce sont des matières dures et arrondies qui sont expulsées, plus tard les selles sont liquides.

Le 24. — Etat général meilleur ; tympanisme moins prononcé. Les vomissements ne se sont par reproduits depuis la veille au soir. Les vomissements se montrent de nouveau vers 5 ou 6 heures du soir. Ils sont, comme au début, verdâtres, porracés.

26. — Le tympanisme abdominal est aussi prononcé qu'au moment de l'entrée. Le faciès est grippé ; les extrémités refroidies. — Crampes dans les jambes. — Pouls petit de 112 à 113. — Les matières vomies sont jaunâtres, d'odeur à la fois acide et fade. Elles sont constituées par un liquide séreux dans lequel nagent des grumeaux jaunâtres d'aspect absolument fécaloïdes. Ces grumeaux sont du reste de même couleur et de même aspect que les matières fécales rendues par le malade. — En effet, il y eut pendant la nuit deux selles liquides jaunâtres, peu abondantes. Les vomissements persistent pendant la journée, mais moins abondants. Le soir, de nouveau une selle jaunâtre semblable aux matières vomies. Traitement: injection hypodermique de deux centigr. de chlorhydr. de morphine.

27. — Amélioration très grande. — Pas de vomissements. La malade a dormi. Il survient quelques régurgitations fécaloïdes dans le courant de la journée. Comme la malade n'a pas eu de selle depuis la veille au soir, on lui donne un lavement glycériné en même temps qu'on lui fait une nouvelle injection de morphine.

28, — Pas de nouveaux vomissements : une selle diarrhéique jaunâtre : quelques crampes dans les jambes. — Gargouillements abdominaux. — Le ventre est moins tympanisé. P. 120.

29. — Pas de vomissements. — Diarrhée abondante. La malade dit avoir eu 20 ou 25 selles. Les extrémités sont refroidies. — Le tympanisme a diminué. — On continue à faire des piqûres de morphine matin et soir. A partir de ce moment, l'amélioration s'accentue de plus en plus. Les vomissement ne reparaissent pas, la diarrhée disparaît. Le tympanisme abdominal est de moins en moins marqué. La malade mange avec appétit. Elle sort le 6 janvier, se considérant comme complètement guérie. Le ventre encore légèrement tympanisé n'est pas douloureux. Les fonctions intestinales sont régulières. Nulle part dans l'abdomen on ne constate d'empâtement ni de tumeur.

RÉFLEXIONS. — Ainsi donc, *en résumé*, une jeune femme de 23 ans, qui ne présente rien de bien particulier dans ses antécédents, est prise de vomissements au bout de cinq à six jours de constipation absolue, sans *émission de gaz* par l'anus. Les vomissements, d'abord alimentaires, deviennent verdâtres, porracés. Des purgatifs administrés par en haut et par en bas provoquent une abondante débâcle par laquelle sont expulsées des scybales qui, sans doute, avaient été l'obstacle premier et l'occasion, sinon la cause première, des accidents d'obstruction. L'absence de fièvre, l'absence de douleur abdominale, permet d'éliminer la péritonite aiguë ou chronique. On ne trouve pas trace de tumeur abdominale, et du reste l'expulsion des matières fécales indurées accumulées dans le rectum et l'S iliaque est significative : il s'agissait d'une obstruction intestinale.

Tout d'abord, la débâcle intestinale est suivie d'une amélioration marquée. L'état général est meilleur, le ballonnement de l'abdomen diminue. Mais ce répit est de courte durée, et de nouveaux vomissements ne tardent pas à se montrer, qui présentent à peu près tous les caractères des vomissements fécaloïdes. Leur odeur aigrelette n'est pas, il est vrai, d'une origine incontestable, mais leur couleur est absolument la même que celle des matières diarrhéiques. Chose remarquable, il y a, en effet, *en même temps,* de la diarrhée et des vomissements fécaloïdes.

Les selles liquides, répétées, ne permettaient pas de penser à l'existence d'un obstacle complet au cours des matières et, d'autre part, la persistance des vomissemants fécaloïdes paraissait en contradiction complète avec la disparition de la constipation. A ce moment on a l'idée de pratiquer des injections sous-cutanées de morphine, et l'amélioration est immédiate. La guérison a lieu en deux ou trois jours. Le succès de cette médication, peu propre d'habitude à combattre les accidents d'obstruction intestinale, nous paraît donner une véritable sanction à l'idée théorique qui avait amené à penser à l'emploi de la morphine.

Dans une thèse qui date de 1881, M. Leduc a signalé la possibilité des vomissements fécaloïdes dans le cours de la péritonite. C'est chose fort intéressante et d'une haute portée au point de vue du diagnostic. D'autre part on sait que, chez les femmes surtout, le péritonisme peut simuler la péritonite : tympanisme, vomissements, constipation, rien n'y manque que la fièvre. Habituellement le péritonisme se montre à la suite d'une lésion restreinte localisée du péritoine ; la réaction des plexus abdominaux est hors de proportion avec l'irritation première.

Ne peut-il donc en être de même quand il s'agit de l'intestin ; lorsque l'irritation première au lieu de siéger à la face externe dans le péritoine, se trouve dans sa cavité, au contact de la muqueuse? On pourrait ainsi expliquer, par une sorte de *péristaltisme exagéré* de l'intestin, la coïncidence des vomissements fécaloïdes et de la diarrhée.

Les vomissements fécaloïdes ont été observés dans l'obstruction intestinale simple, par contraction spasmodique de l'intestin (voir thèse de Thibierge 1884). Le professeur Jaccoud les a signalés chez une hystérique. Le plus souvent dans l'obstruction simple, exempte de lésions de la paroi intestinale, d'étranglement intra ou extra-abdominal, il existe de la constipation. Les matières indurées font obstacle au cheminement du contenu de l'intestin : cela s'observe surtout dans l'obstruction du cœcum et de l'S iliaque. Une fois l'obstacle levé, les matières reprennent leur cours normal. Parfois, cependant, les vomissements persistent. Il semble qu'il existe alors une paralysie ou un spasme qui immobilise l'intestin et qui font que la désobstruction reste partielle. L'observation que nous avons donnée plus haut nous paraît démontrer qu'il peut y avoir une contraction de l'intestin si énergique, si désordonnée à la suite d'une obstruction de ce genre que les matières sont chassées par les deux bouts de l'intestin et qu'elles apparaissent au dehors à la fois sous forme de vomissements fécaloïdes et de diarrhée. L'indication est alors non pas d'exciter l'intestin, mais de le calmer ; non pas de l'amener à se contracter mais au contraire de l'immobiliser. C'est ainsi que nous expliquons le succès que nous ont donné les injections de morphine.

Nous nous réjouissons d'autant plus de ce succès que nous avons employé la morphine, non pas au hasard et en désespoir de cause, mais après mûre réflexion, d'après une indication précise, impérieuse.

Excursion géologique. — M Stanislas Meunier, aide-naturaliste au Museum d'histoire naturelle, fera une excursion géologique publique le dimanche 7 juin 1885, à Grignon, Thiversal et Beynes. Pour prendre part à cette excursion il suffit de se trouver au rendez-vous gare Montparnasse (cour d'en haut) où l'on prendra à 7 heures moins 1/4 le train pour Grignon. Pour profiter de la réduction de 50 0/0 accordée par le chemin de fer, il est indispensable de verser le montant de la demi-place au Laboratoire de géologie (galerie de géologie) avant samedi soir 4 heures.

GYNÉCOLOGIE

Éclampsie puerpérale. — Mort et autopsie. — Lésion du rein (1) ;

Par A. Marfan, interne des hôpitaux.

Une femme de 24 ans, vigoureuse et bien constituée, se présenta le 28 octobre 1884, chez une sage-femme de la rue des Ecoles. Elle était enceinte et c'était sa première grossesse ; sa grossesse était à terme et le travail avait commencé. La sage-femme, n'ayant constaté aucun phénomène alarmant, pensant que la parturition s'accomplirait aussi simplement que possible, garda la malade chez elle.

Le 29 octobre, vers 7 heures du matin, la malade a une douleur utérine violente, à la suite de laquelle elle se plaint de malaise. Un instant après, elle est prise d'un accès convulsif à la suite duquel elle reste dans le coma. Ce coma fut bientôt interrompu par un nouvel accès, et, de 7 heures à 9 heures du matin, la malade a eu sept accès. On l'amène à l'hôpital de la Pitié où elle est admise à la salle d'accouchements du Dr Audhoui.

Peu de temps après son admission, il nous est donné d'assister à un accès. En voici la description sommaire. La période dite des convulsions d'invasions manque complètement. L'accès commence par la fixité du regard et l'immobilité de la face : la langue est projetée au dehors de la bouche et les mâchoires se rapprochent violemment (on évite la morsure de la langue en plaçant dès le début de l'accès une serviette enroulée entre les arcades dentaires) ; les avant-bras sont dans la pronation forcée ; les poings se ferment et le pouce est fléchi dans la face palmaire. La respiration est suspendue. Cette période de convulsions toniques dure environ dix secondes. Les convulsions toniques sont remplacées par des secousses convulsives généralisées, frappant les muscles de la face, du tronc et des membres. La face est cyanosée ; au bout de trente secondes environ, cette période cesse et tout fait place au coma avec stertor. D'ailleurs, je ferai remarquer tout de suite que le coma n'a jamais cessé et que depuis son entrée à l'hôpital jusqu'à sa mort, la malade n'a jamais repris ses sens.

Dès l'entrée de la malade à l'hôpital, le toucher nous indique que le travail est fort peu avancé ; la dilatation du col a les dimensions d'une pièce de 1 franc. Le palper et le toucher font reconnaître qu'il s'agit d'une position occipito-iliaque gauche antérieure. L'auscultation du fœtus nous fait entendre très nettement les bruits du cœur ; le fœtus est donc vivant.

On pratiqua le cathétérisme de la vessie et on put extraire à peine 4 ou 5 grammes d'une urine très foncée, dans laquelle les réactifs coagulants déterminent une coagulation de presque toute la masse liquide ; le coagulum est nettement rétractile. Il y a donc albuminurie et un certain degré d'anurie. D'ailleurs, aucune trace d'œdème. Comme traitement, M. Audhoui prescrivit les bains domestiques et des lavements de chloral (à 1 gramme) toutes les heures. Malgré ce traitement, les accès se répètent fréquemment, et, de 9 heures du matin à 8 heures du soir, le coma a été entrecoupé d'une vingtaine d'accès. Température : le matin, 37°,2 ; le soir, 41°,6. Dans la journée, le travail avait marché, mais lentement ; à 8 heures 1/2 du soir, la dilatation avait des dimensions supérieures à une pièce de 5 francs, la tête était engagée dans la cavité pelvienne ; nous jugeâmes qu'il était possible de tenter l'extraction du fœtus ; nous rompîmes la poche des eaux et nous appliquâmes le forceps ; l'enfant fut extrait sans trop de peine. C'était une fille vivante, paraissant bien conformée, qui a présenté le lendemain un peu de paralysie faciale due à l'application du forceps. La délivrance a été naturelle.

L'extraction du fœtus n'a pas semblé améliorer l'état de

(1) Observation présentée à la *Société anatomique* le 4 novembre 1884.

la parturiente. Sept accès se sont produits dans la nuit, et cela malgré une saignée et l'administration du chloroforme. Le matin du 30 octobre, les accès disparaissent; mais le coma est toujours complet. La température est de 40°. On pratique des injections hypodermiques de pilocarpine; cinq centigrammes de cette substance ont été injectés dans la journée; une sudation abondante sans salivation est survenue. Dans la nuit du 30 au 31 octobre, la malade a succombé. Quant à l'enfant, le second jour après sa naissance, il a présenté de l'œdème des membres inférieurs, de la bouffissure de la face et il a succombé aussi.

Autopsie de la mère. — Le *cerveau* ne présente pas d'autre altération que l'injection des vaisseaux qui sont gorgés de sang noir. Quelques ecchymoses sous-pleurales. A l'ouverture de la cavité abdominale, on peut constater que l'utérus est parfaitement revenu sur lui-même; il dépasse à peine le pubis de 1 centimètre. Il ne présente rien de particulier à noter, sauf un fibrome gros comme une noisette et situé sur la corne gauche et un peu en arrière. Il est très difficile de juger à ce moment si, à une époque quelconque de la grossesse, l'utérus gravide a pu exercer une compression sur les vaisseaux du rein ou sur les uretères. Cependant, voici ce que nous avons pu constater pour l'uretère du côté droit Pendant qu'on le disséquait jusqu'au niveau de la vessie, l'uretère droit a été coupé par mégarde, et il s'est écoulé alors avec une certaine force quelques grammes d'urine. Nous avons pu constater alors que la partie supérieure de l'uretère droit était un peu dilatée, ainsi que le bassinet et les calices du même côté. Nous n'avons constaté rien de semblable du côté gauche. Dans la vessie, on trouve à peine 5 à 6 grammes d'urine.

Examen des reins. Aspect macroscopique. Rein droit. Le rein droit est augmenté de volume. La capsule se décortique facilement. Le rein droit présente en deux points des traces d'une lobulation assez profonde. A la coupe, la substance corticale paraît épaissie; la substance médullaire ne paraît pas altérée. Mais l'altération macroscopique la plus remarquable est la suivante: à la partie supérieure, dans le dernier lobe du rein. et à l'union de la substance médullaire avec la substance corticale, il existe une cavité du volume d'une aveline, cavité cloisonnée légèrement par des tractus de tissu rénal, et remplie de sang. Cette cavité n'est pas la seule. il en existe en d'autres points, beaucoup plus petites; elles sont situées aussi à l union de la substance corticale et de la substance médullaire. Les unes sont remplies de sang, les autres renferment un liquide puriforme. *Rein gauche.* Le rein gauche, un peu moins volumineux que le rein droit. présente les mêmes altérations, mais à un degré moindre; on y voit aussi des cavités très petites, situées à l'union de la substance corticale et de la substance médullaire: ces cavités sont remplies, les unes par du sang, les autres par du liquide puriforme. Pas de pyélite.

Examen microscopique des reins. — Les coupes sont pratiquées sur des fragments de reins durcis par la gomme et l'alcool; elles sont colorées au picro-carmin. Voici ce qu'on observe sous le microscope; l'épithélium sécréteur du rein semble plus petit que d'habitude; il est comme aplati; en un mot, il paraît frappé d'atrophie simple sans altérations proprement dites et en particulier sans dégénérescence graisseuse. Le tissu conjonctif paraît peu altéré; à peine quelques traces de prolifération autour des canalicules urinifères et autour des artères. Ces dernières ne paraissent pas très dilatées; sur une des coupes, la lumière d'un vaisseau artériel apparait nettement remplie par une substance homogène, de coloration rouge verdâtre, qui était peut-être de l'hématine dissoute et en voie de transformation. Nous nous sommes demandé s'il n'y avait pas là une particularité qui pût nous expliquer le mode de formation des cavités décrites plus haut. Mais tel n'a pas été l'avis de M. Brault, qui a vu nos préparations; en définitive, le mode de formation de ces cavités reste assez difficile à expliquer.

Autopsie *du fœtus.* — Rien dans l'autopsie n'a pu nous expliquer la mort: il nous semble nécessaire d'admettre que le fœtus est mort intoxiqué par le sang vicié qu'il recevait du placenta maternel.

Réflexions. — A propos de cette observation je ferai les remarques suivantes: I. Comme d'habitude, l'éclampsie a frappé une primipare. Chez notre malade, les accidents éclamptiques et la mort qui les a suivis nous semblent imputables bien plus à l'insuffisance de l'excrétion urinaire, à l'anurie en un mot, qu'à l'albuminurie elle-même. L'albuminurie, que nous avons fréquemment constatée chez les femmes enceintes et en travail, nous a paru n'avoir aucune gravité si l'excrétion urinaire est suffisante, c'est-à-dire si la malade rend de 1500 gr. à 2000 gr. d'urine tous les jours. Dès que l'excrétion urinaire s'abaisse au-dessous de ce chiffre, les accidents sont à craindre et le pronostic est très grave. Nous ajouterons qu'un signe qui annonce presque certainement la mort en cas d'éclampsie, est la persistance du coma dans l'intervalle des accès. L'excellence de ce signe, indiqué par la plupart des accoucheurs, est malheureusement prouvée par notre observation. II. Quant au mode de production des lésions rénales que nous avons observées, atrophie avec aplatissement de l'épithélium sécréteur, et sclérose très légère, nous avouons avoir une grande tendance à faire intervenir la compression des uretères. Ce que nous avons observé du côté de l'uretère droit semble prouver que cette compression était bien réelle. D'ailleurs les lésions observées ne sont guère différentes de celles que provoque chez les animaux la ligature expérimentale de l'uretère.

Phlébite puerpérale infectieuse (1);

Par M. Tissier, interne des hôpitaux.

La nommée Maug..., âgée de 21 ans, entre le 2 octobre à l'hôpital Lariboisière (service de M. Pinard) pour accoucher. Le lendemain elle expulse un fœtus de sept mois environ mort depuis quelques jours. La délivrance est complète. L'accouchée était déjà malade avant de venir à l'hôpital; mais, dans les jours qui suivirent l'accouchement, son état empira assez pour qu'on dût la faire passer dans une salle voisine appartenant à M. Siredey. Là elle demeura près de cinq semaines présentant des alternatives d'aggravation et d'amélioration, puis enfin mourut le 4 novembre.

Les premiers jours il y eut, soir et matin, une fièvre intense faisant monter le thermomètre aux environs de 40°. Par le vagin il s'écoulait une sanie purulente infecte qui venait de l'intérieur de l'utérus. La vulve, rouge, enflammée, était le siège d'un boursouflement énorme et d'ulcérations superficielles de vulvite. Par le toucher, on arrivait sur le col déchiré, induré, qui donnait au doigt la sensation d'un utérus épithéliomateux. Mais le ventre restait absolument souple et endolori; la malade ne souffrait de nulle part et ne se plaignait de rien. On fit des injections intra-utérines et vaginales répétées pendant dix jours environ jusqu'à ce que l'écoulement purulent fût tari. En même temps, toniques de toutes sortes. Peu à peu, vers la deuxième semaine, la température baisse pour se relever vers le soir tous les trois ou quatre jours. Avec les poussées hyperthermiques apparaissent des frissons violents et prolongés durant une heure à deux, secouant sans répit la malade. On sent en même temps une tuméfaction vague dans la fosse iliaque droite: les traits s'altèrent; les conjonctives et le fond de la peau revêtent une teinte subictérique. Dès ce moment, M. Siredey annonça l'existence d'une phlébite péri-utérine mortelle. En dehors des jours de frissons, l'état paraissait

(1) Observation présentée à la *Société anatomique* le 4 novembre 1884.

rassurant : la peau était bonne ; la malade sans crainte se trouvait bien et parlait de la guérison prochaine ; le ventre était aplati et dépressible. Les exacerbations fébriles ne revenaient guère que tous les trois jours et ne duraient pas plus de quelques heures sans que le sulfate de quinine pût en rien enrayer leur retour.

Vers le 26 octobre, la malade se plaignit d'oppression et à l'examen on constata de la matité et du souffle à la base gauche de la poitrine. Dans les premiers jours de novembre le ventre se distendit, perdit sa sonorité et la malade ne tarda pas à succomber avec les signes d'une péritonite ultime le 4 novembre.

Autopsie : léger épanchement dans la plèvre gauche et foyers apoplectiques du lobe inférieur pulmonaire du même côté avec du pus dans les artérioles conduisant à ces foyers. Dans l'abdomen, épanchement purulent péritonique abondant avec un gros foie, et une grosse rate sans infarctus. Les reins, adhérents à la capsule, gris-blanchâtre dans la portion de l'écorce, présentent les caractères de la néphrite parenchymateuse commune dans l'infection puerpérale.

L'*utérus*, presque entièrement revenu à ses dimensions normales, a sa cavité vide, mais tapissée d'une muqueuse gris-noirâtre sanieuse. Sur les côtés de l'utérus on ne peut trouver de lymphatiques remplis de pus; mais la veine utérine du côté droit est remplie d'une masse purulente putrilagineuse rougeâtre, oblitérant la lumière du canal ; et ces lésions de phlébite se poursuivent jusqu'à l'embouchure de la veine utérine dans l'hypogastrique. On en trouve encore quelques traces dans le trajet de la veine hypogastrique à la veine iliaque primitive. Du côté droit, la veine utéro-ovarienne, moins malade que la veine utérine, n'est pas indemne : ses parois sont épaissies et quelques caillots contenus dans son intérieur ont un aspect demi-purulent. La thrombose n'est pas cependant complète. A l'embouchure de cette veine utéro-ovarienne dans la veine rénale droite (par anomalie) on a noté la présence d'un volumineux caillot ramolli, manifestement purulent, s'étendant quelque peu vers la droite du côté du rein, mais surtout remontant dans la veine cave dont il emplit presque toute la lumière. Rien dans le cerveau ni dans les autres viscères.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

De l'Allaitement maternel

La question de l'allaitement des enfants joue un rôle considérable dans le mouvement de notre population. Si ce rôle est difficile à apprécier numériquement, il ne nous apparait pas moins comme un facteur important que les progrès des mœurs et de l'hygiène pourront favorablement modifier.

Personne ne conteste en principe la supériorité de l'allaitement maternel sur tous les autres modes d'alimentation des nouveau-nés. Et cependant beaucoup de mères montrent une tendance déplorable à se soustraire au plus grand, au plus sacré de leurs devoirs. Je dis que c'est un devoir sacré parce que, en dehors de toute sentimentalité, la vie d'un enfant, d'un innocent, dépend trop souvent de la détermination qu'aura prise une mère lâche, faible ou mal entourée. Déserter l'allaitement sans raison majeure, c'est s'exposer à un *infanticide* qui, pour être involontaire, dans la plupart des cas, n'en doit pas moins peser sur la conscience des mères ou des médecins qui ont assumé la responsabilité d'un allaitement mercenaire ou artificiel.

Cette question de l'allaitement qui s'impose aujourd'hui à la sollicitude des démographes et des philanthropes de notre siècle et de notre continent, n'était pour ainsi dire pas posée dans les Sociétés antiques, pas plus qu'elle n'existe à l'heure actuelle chez les sauvages.

La civilisation a tué la nature : si Moïse, si Mahomet, si ces grands législateurs religieux qui étaient aussi des hygiénistes, avaient pu prévoir qu'un jour des mères dénaturées renonceraient à allaiter leurs enfants, ils n'auraient pas manqué d'inscrire dans leurs *bibles* ou leurs *corans* l'obligation de ce devoir.

Et, à ce point de vue, en présence de l'impuissance relative dans laquelle nous nous trouvons (médecins et hygiénistes), il est permis de regretter que l'allaitement maternel ne figure pas dans les *commandements divins*. C'est une lacune que ne compensent pas suffisamment les prescriptions hygiéniques discutables que nous trouvons dans les principales religions.

Nous croyons par exemple qu'une mère ferait, en allaitant son enfant, œuvre plus méritoire et plus sainte qu'en observant rigoureusement les Quatre-Temps et le Carême.

Cependant 20,000 enfants sont envoyés annuellement de Paris à des nourrices mercenaires, soit dans le département de la Seine, soit dans les autres départements. Qu'on ajoute à ce chiffre le nombre considérable d'enfants allaités à domicile par des nourrices ou mis au biberon, et l on arrivera à ce résultat navrant, que plus de la moitié des mères parisiennes se dérobent à l'allaitement de leurs enfants.

Quelles sont les causes de cette situation déplorable qui pèse si lourdement sur notre population infantile en élevant dans des proportions effrayantes le taux de sa mortalité et de sa morbidité ?

Il y a des causes d'ordre moral et social au sujet desquelles nous ne pouvons qu'émettre des doléances ; il y a aussi des causes d'ordre médical sur lesquelles nous insisterons davantage. Parmi les premières, est-il besoin de s'élever encore une fois contre les exigences mondaines et la lâcheté des mères riches qui sacrifient à ces exigences ? L'attrait des bals, des soirées, des spectacles, la crainte inavouable des fatigues et des ennuis de l'allaitement, etc., etc., sans parler d'autres motifs plus ou moins futiles, suffisent à détourner un grand nombre de jeunes dames de l'accomplissement d'une fonction que nous considérons comme facile et salutaire à la nourrice comme au nourrisson.

A côté de ces entraves que le luxe et les plaisirs créent de toutes pièces, il faut placer le contraste des difficultés et parfois des impossibilités que la misère oppose à l'allaitement maternel.

C'est une femme du peuple, c'est une ouvrière de Paris qui n'a pas d'avances et qui, pour gagner sa vie et celle de son enfant, est obligée d'aller en journée. Le renoncement à l'allaitement n'est pas volontaire comme dans la classe riche ou aisée, il est imposé par une nécessité absolue. Dans le premier cas une pression morale énergique et autorisée pourra suffire ; dans le second, c'est la charité publique ou privée qui doit trouver le remède.

Abordons maintenant l'examen des causes d'ordre médical, c'est-à-dire des contre-indications réelles ou

factices à l'allaitement maternel. On dit tout bas que le séjour dans une grande ville comme Paris exerce sur les femmes une influence débilitante et anémiante, peu propre à en faire de bonnes nourrices. Dans cette hypothèse, les femmes de la campagne seules seraient aptes à cette fonction, et la grande majorité des parisiennes ne feraient jamais que des nourrices médiocres ou mauvaises. On invoque ensuite l'hérédité qui, dans les familles riches, éteindrait peu à peu l'aptitude naturelle à l'allaitement. Autant de vues qui ne reposent sur aucun fondement et qui sont en contradiction formelle avec la logique et l'observation. Il est absurde de prétendre que les femmes de Paris qui conçoivent et accouchent aussi facilement que toutes les autres, ne soient pas également propres à l'allaitement. En fait, dans les villes comme à la campagne, à Paris comme en province, la nature ne perd pas ses droits, et l'allaitement maternel est possible dans l'immense majorité des cas.

Il est bien vrai que l'anémie est fréquente à Paris et que beaucoup de jeunes femmes sont pâles, chétives, délicates; croit-on que cette anémie et cette débilité apparentes soient suffisantes pour contre-indiquer l'allaitement ? Il n'en est rien, et bien souvent l'on voit des femmes maigres, faibles, anémiques, dyspeptiques non seulement faire tous les frais d'un allaitement prolongé, mais encore gagner à l'accomplissement de cette fonction, l'appétit, la force, l'embonpoint. Tout récemment, nous rencontrions une dame du monde qui, malgré l'avis contraire de son médecin (professeur agrégé d'accouchement à la Faculté), avait tenu absolument à allaiter son enfant. Non seulement celui-ci était superbe, mais encore la mère qui, avant son mariage, présentait une maigreur et une faiblesse notables, devait à l'allaitement un embonpoint et une apparence de santé qui la rendaient méconnaissable. Il en est souvent ainsi et nous lisons dans le livre de M. J. Simon (II, p. 242) : Dans quelques cas, j'ai vu des mères délicates subir une sorte d'excitation favorable et prendre de l'embonpoint en nourrissant leur nouveau-né. Il n'y a donc point de contre-indication dans l'anémie, la maigreur, la faiblesse apparente de la mère. Le Dr Archambault était du même avis (1).

Comment ne pas regretter qu'un accoucheur aussi distingué et aussi honorable que Depaul ait écrit les phrases suivantes, tout en protestant contre la réputation qu'on lui avait faite d'être opposé à l'allaitement maternel. Malheureusement, cette réputation n'était que trop fondée, on va en juger (article nouveau-né du Dict. Dechambre, p. 529) : « doivent être exclues de l'allaitement maternel, les *anémiques et celles dont les fonctions digestives s'exécutent mal; les névropathiques sont dans le même cas. Je n'encourage pas davantage les femmes du monde pour lesquelles la maternité est un fardeau et qui ne s'acquittent de ce devoir que par respect humain...* » On irait loin avec de pareilles maximes! Vous n'encouragez pas les femmes du monde à allaiter leurs enfants! Qui donc les y encouragera? Leurs maris peut-être! La vérité est que le médecin a le *devoir* d'encourager même les femmes du monde au risque de leur déplaire et de perdre leurs bonnes grâces. Il ne faut pas ainsi ouvrir la porte toute grande aux contre-indications à l'allaitement sous peine de naïveté ou de complicité. Qu'une hystéro-épileptique, qu'une épileptique avérée soit exclue de l'allaitement, je le veux bien; mais voulez-vous l'interdire à une femme simplement nerveuse ou excitable ? Ce serait aller trop loin. Nous ne voyons de contre-indication absolue que dans l'existence d'une maladie réelle, tuberculose non douteuse, diabète, mal de Bright, etc. La scrofule de la mère n'est pas une contre-indication; car la plupart des femmes qui portent au cou des cicatrices d'abcès froids, aux yeux des stigmates de kératites scrofuleuses, sont vigoureuses et bonnes nourrices ; nous avons eu l'occasion d'en observer des centaines au dispensaire de la Société philantropique (1).

(1) *Leçons cliniques*, 1884. — Bureaux du *Progrès médical*.

Quant à la syphilis de la mère, loin de contre-indiquer l'allaitement, elle l'indique formellement, puisque l'enfant infecté ou suspect ne peut être confié à une autre nourrice.

Pour nous résumer, nous dirons que les contre-indications à l'allaitement maternel sont excessivement rares et que la plupart des auteurs ont eu le grand tort d'insister sur ces contre-indications. Les mettre en relief, comme on a fait, c'était encourager les tendances désastreuses qui prédominent aujourd'hui dans la société parisienne.

Règle générale : Toute mère peut et doit allaiter son enfant; si elle renonce à l'allaitement, elle ne joue pas seulement la vie et la santé de son enfant, elle compromet également sa propre santé qui se trouverait raffermie ou rétablie par l'accomplissement de cette fonction naturelle. Il nous reste maintenant à exposer les règles de l'allaitement maternel. Ce qui rend l'allaitement pénible et dangereux parfois pour la mère comme pour l'enfant, c'est l'absence d'une bonne direction. Il ne suffit pas de donner le sein, il faut le donner à propos : tout d'abord, il faut savoir qu'il est dangereux de donner aux enfants autre chose que le sein jusqu'à un âge relativement avancé. Avant 12 mois un enfant ne doit connaître que le sein de sa mère; à partir de cette époque, on pourra commencer à lui donner du lait, des œufs, et quelques aliments légers. Il y a tout avantage à continuer l'allaitement jusqu'à 18 mois, 20 mois si la mère est assez forte et assez courageuse pour s'astreindre à ce travail. L'allaitement sera donc exclusif jusqu'à *un an* et prolongé au delà de ce terme, si cela est possible. Nous n'avons pas à étudier actuellement le sevrage; nous le ferons plus tard. Bornons-nous à indiquer les procédés qui nous ont fourni, dans l'allaitement maternel, les résultats les plus satisfaisants. Il est d'une importance capitale d'imposer aux nourrissons la régularité dans les tétées; un enfant qui tète trop souvent a bientôt des régurgitations, de la diarrhée ou de la constipation, des coliques ; il est constamment agité, il pleure jour et nuit et rend la vie insupportable à sa

(1) Le retour des règles, une grossesse même ne contre-indiquent pas l'allaitement.

mère et à tout son entourage. Pour parer à ces inconvénients, il faudra de bonne heure régler le nombre et l'intervalle des tétées : un intervalle de 2 heures dans les premières semaines, puis de 3 heures pendant le jour devra séparer les tétées. Pendant la nuit, l'enfant ne devra jamais faire plus d'une tétée. On arrivera facilement à obtenir cette régularité des tétées si importantes pour la santé de l'enfant et pour le repos de la maison. Un enfant bien portant ne doit téter que 6 ou 7 fois dans les 24 heures. Dans ces conditions, l'allaitement devient facile, si facile que les femmes mondaines peuvent s'y livrer sans renoncer complètement à leurs plaisirs. Si le théâtre et le bal leur sont interdits, le dîner en ville peut être toléré ; vous donnez le sein à 7 heures et vous rentrez à 10 heures pour donner à l'enfant une dernière tétée après laquelle il doit vous laisser dormir jusqu'au matin.

D'autre part nous voyons des femmes travaillant à la journée qui peuvent revenir chez elles deux ou trois fois donner le sein à l'enfant confié à une garde, et dans ce cas encore l'allaitement maternel exclusif est possible sinon facile. Il appartient à la société de leur adoucir cette tâche par des secours sagement distribués.

Comme on le voit, nous avons la simplicité de croire et nous avons la hardiesse d'écrire que l'allaitement maternel est possible, facile à tous les degrés de l'échelle sociale, et que la liste de ses contre-indications est plus courte qu'on ne l'a dit et imprimé. Nous avons la présomption de penser, que si tous les médecins partageaient les idées qui ont inspiré cet article, ils pourraient, par une propagande incessante, rendre d'immenses services à l'œuvre patriotique de la protection de l'enfance.

Dr J. Comby.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 29 *mai* 1885. — Présidence de M. d'Arsonval.

M. Poncet rapporte l'histoire d'un malade atteint de zona et de douleurs vives sur le trajet des filets du trijumeau, chez lequel survint un ulcère de la cornée ; il rapproche ce fait des lésions consécutives aux altérations expérimentales de la 5e paire.

M. Brown-Séquard complète ses précédentes communications sur les injections du sang d'oiseau dans le système circulatoire des mammifères ; il insiste sur l'action spécifique de la paroi vasculaire dans les phénomènes qui se passent du côté des globules, transformation ou formation nouvelle.

M. M. Duval fait remarquer qu'il n'a pas été question de globules blancs ; ceux-ci, du reste, disparaissent toujours, répond M. Brown-Séquard.

M. Beaunis envoie une note sur la *contraction des muscles antagonistes* ; M. Brasse *sur la purification des graines à l'aide de l'eau chlorée* ; M. Charpentier sur la question de savoir : *si la perception lumineuse est la même sur toute l'étendue de la rétine.*

M. Laborde, pour répondre à M. Vulpian, a fait de nouvelles expériences qui ne font que confirmer les résultats annoncés par M. Brown-Séquard et considérés par lui sur la durée, après la mort, de l'excitabilité des zones motrices corticales superficielles.

M. Pouchet, grâce à la libéralité d'un habitant des Açores, a pu examiner deux fœtus de cachalot ; il a ainsi tranché la question si agitée de l'*organe producteur du spermaceti*. L'énorme cavité qui remplit presque toutes les parties molles antérieures de la tête du cachalot n'est autre que la narine droite modifiée et dilatée. Le spermaceti est une production de l'épithélium qui tapisse cette cavité.

M. Javal présente une note de M. Chibret sur la transplantation d'un œil de lapin chez une femelle à laquelle il avait enlevé un œil staphylomateux. L'opération fut faite le 4 mai. Cette greffe d'un nouveau genre a parfaitement réussi ; la cornée, cependant, s'est perforée, le cristallin est sorti sans toutefois qu'il y ait eu issue du corps vitré. Cette première opération est de nature à encourager des essais de même genre.

M. Poncet. La Société se souvient que, en 1881, MM. Laborde et Duval ont présenté des expériences relatives à la section du trijumeau, et que moi-même j'avais à cette époque examiné les résultats de cette section sur l'œil. Le point en litige était de savoir si les lésions ophtalmiques commençaient par la cornée ou si elles étaient consécutives à une choroïdite profonde, comme le pensaient MM. Laborde et Duval.

J'ai dans ces derniers temps reçu au Val-de-Grâce, dans mon service, un malade atteint d'une paralysie de la branche maxillaire supérieure du trijumeau. Cette affection a été précédée de névralgies atroces, de surdité du même côté, avec paralysie de la 3e paire. Les deux éléments rhumatisme et syphilis sont peut-être associés dans l'étiologie ; mais quoi qu'il en soit, aujourd'hui la paralysie du nerf maxillaire supérieur est complète, et se trouve associée à celle du droit interne (6e paire).

Du côté de l'œil : injection vive de la conjonctive et ulcération de la cornée. En un point, formation de pus entre les lamelles et hypophon. Mais jamais il n'y a eu la moindre douleur profonde : pas de cystite, ni d'iritis. La ponction de la chambre antérieure ayant été pratiquée pour évacuer l'hypophon, la cicatrisation de la cornée s'est faite ; l'œil conserve sa forme et sa tension normales sans le moindre indice de lésion inflammatoire profonde : les phosphènes sont partout conservés. En somme, cette observation, qui constitue une véritable expérience de section de la 2e branche du trijumeau, démontre que les troubles oculaires sont bien attribuables à la thératite et ne doivent pas être imputés à une choroïdite postérieure.

Elections. — M. Œchsner de Coninck est nommé membre de la Société.

M. Ch. Féré remet à la fin de la séance une note ayant pour titre : *Contribution à la physiologie de l'esthétique.*

Gilles de la Tourette.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 2 *juin* 1885. — Présidence de M. Bergeron.

M. le Président annonce à l'Académie la perte qu'elle vient de faire en la personne de M. Noël Guéneau de Mussy.

Election d'un membre correspondant national dans la deuxième division. — Sont présentés : en 1re ligne, M. Duménil (de Rouen) ; en 2e ligne, M. Berne (de Lyon) ; en 3e ligne, M. Heurtaux (de Nantes) ; en 4e ligne, M. Cazin (de Berck-sur-Mer) ; en 5e ligne, M. Bitot (de Bordeaux) ; en 6e ligne, M. Surmay (de Ham). — Votants, 61 : majorité, 31. Au premier tour de scrutin, M. Duménil obtient 47 voix ; M. Cazin, 12 ; M. Berne, 2. En conséquence, M. Duménil (de Rouen) est proclamé membre correspondant national de l'Académie.

M. Duplay fait une communication sur l'*ablation des ovaires dans le traitement des fibro-myomes utérins et des ménorrhagies incoercibles*, qu'il résume dans les conclusions suivantes : 1° L'ablation des deux ovaires est appelée à rendre les plus grands services dans les cas de métrorrhagies incoercibles, symptomatiques de la présence de corps fibreux de l'utérus ; 2° Quoiqu'elle ne présente pas une très grande gravité, puisqu'elle ne donne pas plus de

14.6 pour 100 de mortalité, on ne doit y recourir qu'après avoir épuisé toutes les ressources de la thérapeutique 3° Elle est surtout indiquée dans les cas de fibro-myomes moyens et petits, dans lesquels l'hystérectomie serait par fois impossible, toujours extrêmement grave, sinon fatalement mortelle; 4° Dans ces conditions, la castration est suivie presque constamment de la cessation complète et définitive des hémorrhagies et très fréquemment de la diminution du volume de la tumeur; 5° La castration est contre-indiquée dans les gros fibromes et dans les cystofibromes pour lesquels l'hystérectomie est seule convenable; 6° Enfin, la castration doit toujours être double, et il est utile d'enlever, en même temps que l'ovaire, le pavillon de la trompe de Fallope.

M. Landolt fait une communication sur la *ténotomie du muscle oblique inférieur.*

L'Académie se constitue en *comité secret* à l'effet d'entendre la lecture du rapport de M. Peter sur les titres des candidats à une place de membre correspondant national.

A. J.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 4 novembre 1884. — Présidence de M. Cornil.

M. Brault fait remarquer que les lésions du rein le plus malade le rapprochent de celles que l'on observe dans les compressions de l'uretère. Il rappelle qu'il a examiné les reins d'une femme morte d'éclampsie puerpérale chez laquelle la compression des uretères par l'utérus gravide était considérable. Les deux uretères étaient dilatés. Le droit était plus gros que le petit doigt. Comparant cette observation au cas présenté par M. Marfan, et à un autre dû à M. Chantemesse, il pense que l'éclampsie puerpérale était due dans ces différents cas non à une véritable néphrite, infectieuse ou autre, mais à l'anurie résultant de l'oblitération mécanique des uretères.

2. M. Demoulin fait voir des *corps étrangers du péritoine.*

M. Cornil fait remarquer qu'il n'y a rien de bien surprenant à ce que la veine utéro-ovarienne paraissant saine, il y ait un caillot au niveau de son embouchure dans la veine rénale. Il y a dans ces conditions, transport de micro-organismes qui, emportés par le courant sanguin, vont se fixer au loin.

4. Néphrite interstitielle.—Ulcère de l'estomac, péritonite, perforation; par M. Ayrolles, interne du service.

Le 17 octobre 1884 est entré à l'hôpital Beaujon, salle Saint-Louis, n° 27 (service de M. Millard), un homme âgé de 36 ans, exerçant la profession de cocher. N'ayant jamais eu de maladies graves et d'une bonne santé habituelle, notre malade accuse une blennorrhagie à l'âge de 20 ans. Pas d'autres antécédents vénériens avoués. Pas d'alcoolisme. Son affection actuelle a débuté il y a quinze mois par de la faiblesse, de la perte d'appétit. La digestion est plus difficile, mais cependant sans douleurs après les repas. La dyspepsie se traduit surtout par de la pesanteur au creux épigastrique. A ce moment, son médecin constate la présence d'albumine dans les urines. Traitement : régime lacté. L'affection s'améliore peu à peu, et il passe six mois dans un état de santé satisfaisant.

Le 1er octobre, rechute; les urines deviennent abondantes, claires, peu colorées, mousseuses; besoins fréquents d'uriner, surtout la nuit; le malade est obligé de se lever plusieurs fois pour uriner. Il a six à sept mictions par jour. Constipation opiniâtre, pas de douleur vive au creux épigastrique, mais points douloureux dans l'hypochondre gauche et à l'épaule du même côté. Ce sont ces douleurs qui préoccupent le plus le malade. Pas de vomissements, pas de dilatation de l'estomac. Sa vue a été très troublée; affaiblissement, obnubilations; ces phénomènes se sont légèrement amendés depuis quelque temps. Il y a seize mois, au début, il a eu de l'œdème des jambes, qui persistait encore un peu il y a six semaines. Rien actuellement, pas d'oppression marquée.

A l'entrée, les douleurs persistent; un peu de douleur à la pression au creux épigastrique, mais moindre que celle de l'épaule et de l'hypochondre. Pas de tuméfaction appréciable dans la région sus-ombilicale. Eructations sans odeur ni goût spécial. La bouche n'est pas amère; pas de nausées, ni de vomissements. Le facies est pâle; les téguments, décolorés, n'ont pas cependant la teinte jaune paille; amaigrissement très considérable, perte des forces. Urines claires très abondantes, peu chargées de sels, contiennent des traces d'albumine. — Constipation. Un peu d'athérome des artères radiales; rien au cœur; pas d'hypertrophie exagérée.

19 *octobre.* Dans la nuit, le malade est pris subitement d'envie de vomir et rend sans efforts deux gorgées de sang rouge, mélangé à un peu de liquide venu de l'estomac; pas d'efforts de toux. Le fait ne s'est pas reproduit depuis ce matin. Hier, le malade dit avoir rendu une selle noirâtre, mais elle n'a pas été gardée, de sorte qu'on ne peut s'assurer si c'était bien réellement du melæna.

23 *octobre.* Rien de particulier ne se manifeste; les urines contiennent peut-être un peu plus d'albumine; les douleurs restent stationnaires. — Régime lacté.

27 *octobre.* Le malade a de la fièvre, la bouche est mauvaise, la douleur de côté est plus vive, l'appétit est conservé, la langue nette, pas de vomissements, constipation, rien dans la poitrine. L'albumine est très abondante dans les urines et forme avec l'acide nitrique un précipité blanc caillebotté beaucoup plus considérable que les jours précédents. Pas d'œdème, céphalalgie violente.

30 *octobre.* La fièvre est vive et se maintient entre 39° le matin et 39°,5 le soir. Pouls plus fréquent, 112. Garde-robe abondante après une constipation de quatre jours. Pas de vomissements ni de nausées; les urines ont diminué subitement de quantité, elles sont troubles, sales, analogues à du vieux bouillon; langue sèche, soif vive, céphalalgie intense, rien à la poitrine, douleur vive dans le ventre et les reins; l'abdomen n'est pas très ballonné; albumine en très grande quantité.

31 *octobre.* Pouls, 116. Température, 39° le matin. Affaiblissement; facies altéré.

1er *novembre.* Peu d'urine : 200 grammes dans les 24 heures. Le malade est somnolent: il faut l'exciter fortement pour le faire répondre.

2 *novembre.* Refroidissement. Depuis hier soir, râles nombreux dans les deux poumons; stertor, pâleur extrême, coma; urines peu abondantes (200 grammes environ), très albumineuses. — Mort dans la nuit.

Autopsie. — Le ventre n'est pas ballonné et ne présente rien de spécial. A l'ouverture, on trouve autour de l'intestin environ 200 grammes de liquide purulent; dans le petit bassin, un peu de liquide séro-purulent, mélangé de quelques fausses membranes adhérentes aux parois du petit bassin. — La *vessie* est vide complètement, rétractée. — L'*intestin grêle*, distendu par des gaz, présente en divers points de sa surface une coloration rosée, déterminée par de nombreuses arborisations vasculaires, se bornant en certains points à un simple piqueté rouge, formant ailleurs des plaques. Les mêmes arborisations se retrouvent à droite sur le péritoine pariétal. Rien à gauche, ni dans le petit bassin. Pas d'adhérences, même celluleuses, entre les anses intestinales. Le méso-côlon transverse est fortement injecté. Adhérence du foie avec l'estomac au niveau du pylore. — L'*estomac,* ouvert par son bord convexe, est légèrement distendu; le pylore est intact, ainsi que l'œsophage et le cardia. Sur la petite courbure, entre les deux orifices, on voit une vaste ulcération ovalaire de 10 centimètres environ de long sur 3 de large, envahissant les faces antérieure et postérieure, et aussi le bord supérieur de l'estomac; bords nets, taillés par assises, c'est-à-dire plus larges sur la muqueuse que sur les autres tuniques. Sur le bord qui repond au côté du grand cul-de-sac, il y a des boursouflures et une sorte de végétation de la muqueuse qui ne permet pas de voir la limite nette et tranchée comme du

côté opposé. Cette ulcération repose sur une masse indurée, formée par le foie, le pancréas et les ganglions situés derrière l'estomac. Ceux-ci ne paraissent pas développés. L'ulcération est surtout profonde au niveau de l'adhérence du foie ; on trouve là une perforation des tuniques, qui fait communiquer la cavité stomacale avec le péritoine. Pas d'inflammation plus marquée à ce niveau.

Les *reins* sont très volumineux, décolorés ; la capsule est très adhérente et détache avec elle des lambeaux de substance corticale. Celle-ci est décolorée, jaunâtre et paraît diminuée d'épaisseur. On constate quelques arborisations vasculaires dans la substance corticale, sous la capsule. Le rein droit pèse 175 grammes ; le gauche, 170. Petit kyste du rein droit.

Le *foie* est très volumineux, il pèse 2,125 grammes ; les veines sus-hépatiques sont dilatées et distendues de sang. Coupe pâle, un peu graisseuse ; pas de périhépatite. *Poumons* décolorés, emphysémateux ; pas de signes d'inflammation aiguë ou chronique.

Cœur du volume du poing d'un adulte, rétracté ; caillots cruoriques et fibrineux dans le ventricule droit ; rien dans le ventricule gauche, qui est complètement revenu sur lui-même. Orifice aortique suffisant ; les valvules sont souples ; pas d'athérome ; les parois du ventricule, à 2 centimètres au-dessus de la pointe, ont 2 cent. et demi d'épaisseur ; rien à la valvule mitrale.

Au microscope, les reins présentent des lésions très étendues de néphrite interstitielle ; la capsule est très épaissie, et surtout au voisinage de celle-ci, on trouve de grands îlots du labyrinthe envahis par le tissu conjonctif.

L'estomac, au niveau des bords de l'ulcère, présente des signes d'inflammation sous-muqueuse ; augmentation du tissu conjonctif, surtout autour des vaisseaux artériels ; les lymphatiques sont dilatés et remplis de cellules.

Réflexions. — L'absence de vomissements, jusqu'à la fin de la maladie, et le peu de douleurs épigastriques sont remarquables chez un malade atteint d'ulcère de l'estomac. La péritonite n'a été révélée que par la fièvre et a passé inaperçue jusqu'à l'autopsie, les phénomènes fébriles ayant été rapportés, en l'absence de nausées et de vomissements, à une recrudescence de l'inflammation des reins.

5. M. Métaxas fait voir un *volumineux sarcome du corps thyroïde.*

6. M. Hartmann présente un cas de *carie du rocher.* Le malade est mort avec des accidents pyohémiques. Il existait dans le poumon des abcès métastatiques. Le sinus pétreux est rempli par un thrombus en rapport avec une petite perforation du rocher à ce niveau. Il y a du pus dans ce caillot. On n'a pas trouvé trace de méningite suppurée.

7. M. de Molènes fait voir un *estomac* fortement *dilaté,* à parois épaissies. Un *calcul biliaire enchatonné* existe au niveau de l'ampoule de Vater. Il paraît y avoir eu rupture de la vésicule, et production consécutive d'une masse pseudo-membraneuse, adhérente au duodénum au niveau de la terminaison du canal cholédoque.

8. Plaies pénétrantes de poitrine. — Hémothorax. — Mal de Bright. — Albuminurie intermittente. — Pleurésie diaphragmatique; par M. Paul Raymond, interne des hôpitaux.

Le nommé C..., âgé de 54 ans, fruitier, entre à l'Hôtel-Dieu le 5 octobre 1884, dans le service de M. le professeur Richet. Cet homme, alcoolique, syphilitique et paludéen, s'est donné dans une tentative de suicide, cinq coups de couteau dans la région précordiale. De ces cinq plaies, deux, ainsi que le montra l'autopsie, étaient pénétrantes et siégeaient : l'une dans le 5e espace, l'autre dans le 6e. Les autres étaient situées au-dessus et en dedans du mamelon.

Dès l'entrée du malade à l'hôpital, on put constater de la submatité à la base du poumon gauche et un léger souffle. Ces symptômes s'accentuèrent le lendemain : la matité occupait la moitié inférieure du poumon gauche ; en même temps, on pouvait entendre de l'égophonie. Le malade n'avait pas de fièvre, ne ressentait aucune douleur de côté. Il souffrait seulement lorsqu'on pressait sur ses plaies et présentait un peu de dyspnée.

On diagnostiqua un hémothorax. Du côté du cœur, les bruits étant très assourdis, la matité précordiale un peu augmentée, on put croire que le péricarde était intéressé. Le pouls était faible, dépressible, mais régulier. Les jours suivants, il s'écoula de la plaie du 5e espace une sérosité citrine en assez grande quantité ; des autres plaies un peu de pus ; puis ces plaies se cicatrisèrent vers le 12e jour. L'examen des urines, fait le premier jour, ne révéla aucune trace de sucre ni d'albumine.

Le 12 octobre on constata que l'épanchement pleural avait notablement diminué, mais en même temps était apparue à la région lombaire une vaste ecchymose qui contournait un peu du côté gauche la base du thorax, et s'arrêtait nettement à la colonne vertébrale ; on avait donc affaire à l'ecchymose de Valentin qui confirmait le diagnostic ; elle disparut vers le 20 octobre.

Sur ces entrefaites, la dyspnée augmentait d'intensité. Au poumon droit, on entendait des râles sibilants et muqueux ; ces mêmes râles existaient dans la partie du poumon gauche restée libre ; dans la moitié inférieure de ce côté, il y avait encore de la matité.

Le 16 octobre le bras gauche du malade fut envahi par un œdème douloureux, puis, deux jours après, le bras droit fut pris à son tour ; des deux côtés, il y avait des rougeurs érythémateuses entées sur l'œdème. Un deuxième examen des urines montra qu'il n'y avait pas d'albumine. Bientôt apparut un œdème de la face et de la paroi thoracique, sans que le gonflement se montrât aux membres inférieurs.

Le 22 octobre au soir, le malade fut pris d'accidents cérébraux : céphalalgie, délire, fièvre : sous l'influence d'un traitement dérivatif, ces accidents cessèrent, mais ils se reproduisirent quelques jours après.

Le 25 octobre, C..., accusa une douleur à la base du thorax, du côté gauche ; de ce côté, la paroi thoracique se soulevait moins facilement. En outre, la pression exercée sur un point situé à quelques centimètres du bord gauche du sternum, au niveau des cartilages des 7e et 8e côtes, produisait une vive douleur. La dyspnée augmenta encore ; le visage était violacé et refroidi : le pouls petit, devint irrégulier ; le délire persistait toute la nuit ; le malade s'affaiblissait.

M. le professeur Sée qui voulut bien venir le voir, écarta toute idée d'épanchement dans le péricarde et diagnostiqua une dégénérescence graisseuse du cœur survenue chez un brightique, la lésion cardiaque ayant subi dans sa marche une impulsion sous l'influence du traumatisme. Les urines examinées donnèrent un abondant précipité d'albumine. Le malade finit par succomber le 6 novembre.

Autopsie. — L'autopsie fut faite par M. le professeur Cornil. — On trouve que deux plaies ont été pénétrantes : celles des espaces indiqués ; les autres ont seulement atteint le tissu cellulaire sous-cutané où l'on voit des ecchymoses rougeâtres et indurées. De la plèvre gauche s'écoule environ un litre et demi d'un liquide rougeâtre. Il y a des adhérences surtout abondantes au niveau de la plèvre diaphragmatique. Le *péricarde* n'a pas été atteint ; il contient environ une cuillerée à soupe de sérosité citrine et transparente. Le *cœur* est volumineux, hypertrophié ; le myocarde est pâle et comme dégénéré. Le *poumon droit* présente des lésions de bronchite. Le *gauche* atélectasié dans son lobe inférieur, adhère à la paroi thoracique au-devant du cœur. A l'ouverture de l'abdomen, on trouve une petite quantité de liquide ascitique. Le *foie* pèse 2250 grammes et présente au microscope les lésions de la cirrhose atrophique. La *rate*, volumineuse, offre tous les caractères de la rate palustre. Les *reins* sont gros et présentent à la coupe des signes de néphrite parenchymateuse. Au microscope, on constate cette lésion et un début de néphrite interstitielle.

Réflexions. — Cette observation a paru intéressante non

seulement par le fait même des accidents immédiats occasionnés par deux plaies pénétrantes de poitrine, mais encore par les phénomènes consécutifs : albuminurie intermittente chez un brightique, pleurésie diaphragmatique. En outre, quelque étendues que fussent les lésions des principaux organes de ce malade, le traumatisme a vraisemblablement hâté la mort en imprimant à la lésion du cœur une marche rapide qui devait amener une terminaison promptement fatale, surtout si l'on tient compte de l'épanchement que l'autopsie permit de constater dans la plèvre.

9. Névromes cicatriciels du plexus brachial, fracture double du bassin, contusion cérébrale.— Asymétrie crânienne; par M. G. Lancry, interne des hôpitaux.

Jean Dumaset, 36 ans, est mort à l'hospice de Bicêtre, le 8 octobre 1884 (service de M. Berger).

C'était un ancien chauffeur de machine à vapeur qui, à la suite d'un violent traumatisme, subit la désarticulation de l'épaule droite, il y a six ans environ. Deux ans après cette opération il fut soigné par M. Bourneville pour des troubles intellectuels, notamment pour du délire de persécution. Rien ne permit d'établir le diagnostic d'épilepsie.

Ces temps derniers, depuis trois mois environ, le malade fut agité et délirait. C'est sous l'influence de ces accidents cérébraux qu'il se jeta de la fenêtre d'un deuxième étage, qu'il se fit des lésions multiples pour lesquelles il entra dans le service de M. Berger. Deux jours après son entrée le blessé succombait. L'*autopsie* montre des lésions diverses dont les plus importantes sont les suivantes :

I. *Foyers multiples de contusion périphérique de l'encéphale avec un foyer central.* — Pas de fracture du crâne. Rien dans la cavité arachnoïdienne. La surface de la pie-mère et les vaisseaux sont fortement injectés. *Hémisphère gauche.* Petits foyers de contusions multiples à la face inférieure du lobe sphénoïdal. Un foyer plus volumineux au niveau du gyrus fornicatus et trois ou quatre plus petits sur le bord supérieur de l'hémisphère. État pigmenté très marqué du corps calleux. Il existe un foyer de contusion centrale renfermant du sang sur la corne d'Ammon. *Hémisphère droit.* Foyer superficiel de contusion étendu et pénétrant profondément à la partie postérieure du lobe occipital. *Pédoncule cérébelleux supérieur gauche* : Petit foyer de contusion.

II. *Asymétrie crânienne coïncidant avec soudure de la dernière lombaire au sacrum.*— Asymétrie crânienne due principalement à l'obliquité différente des axes obliques en dedans et en avant des rochers, à l'inégalité des fosses cérébelleuses et à la présence d'une exostose grosse comme un petit haricot (quand recouverte de périoste) située à gauche sur le côté du trou occipital dans l'intérieur du crâne. La dernière lombaire est soudée au sacrum par le corps, les apophyses articulaires et les lames vertébrales, l'apophyse épineuse de la dernière lombaire est remarquable en ce qu'elle est formée de deux segments non réunis, qu'elle présente par conséquent un spina bifida.

III. *Fractures des côtes droites, déchirure de la plèvre pariétale sans pneumothorax.* — En enlevant les parties molles au niveau des côtes fracturées, parties molles au niveau desquelles existait sur le vivant un emphysème sous-cutané très manifeste, il s'écoule une abondante sérosité qui vient de la plèvre. Il y a fracture oblique de la deuxième côte, fracture de la troisième côte avec fort chevauchement. Cette fracture a intéressé la plèvre pariétale à laquelle elle a fait une solution de continuité ; fracture transversale de la quatrième et de la cinquième côte : les fragments sont maintenus en place par le périoste ; fracture incomplète de la sixième côte portant sur la table externe. Un peu de sérosité sanguinolente reste dans la plaie. Pas d'air dans la cavité pleurale. Le poumon droit n'est pas rétracté, il est fortement congestionné. Le poumon gauche est également congestionné. L'insufflation sous l'eau du poumon droit ne fait pas sortir d'air à travers ses parois.

IV. *Fracture double du bassin à droite.* — Fracture comminutive de la branche horizontale du pubis à un centimètre en dehors de l'épine pubienne ; fracture de la branche ascendante de l'ischion. Fracture comminutive de l'os iliaque séparant en quatre fragments la partie postérieure de cet os. *A gauche.* Fracture en trois segments de la branche horizontale du pubis, le segment intermédiaire ayant un centimètre de long. Fracture de la branche ascendante de l'ischion.

V. *Désarticulation de l'épaule.* La dissection de cette pièce montre comme particularités intéressantes : la terminaison par renflements névromatiques de tous les nerfs du plexus brachial ; tous ces névromes formés au même niveau et soudés ensemble simulent une botte d'oignons ; il est à noter que la cicatrice était douloureuse ;—l'atrophie de la cavité glénoïde dont le rebord est émoussé et dont la surface paraît plus petite que de juste ; cette cavité est recouverte de tissu fibro-élastique qui remplace le cartilage ; — les adhérences fibreuses étendues de la cavité glénoïde, du ligament acromio-coracoïdien à la peau et au paquet de névromes.

M. Berger met en relief les traits de cette observation, intéressante à des titres bien différents.

1° L'adhérence à la cicatrice des névromes terminaux des nerfs du plexus brachial montre qu'il faut sectionner ces nerfs assez haut pour éviter cette disposition défavorable. On eût pu croire que cette adhérence, les tiraillements et les douleurs qu'elle provoquait, étaient la cause des troubles mentaux observés chez le malade. Il vaut mieux sans doute les rapprocher de l'asymétrie si prononcée de la base du crâne. 2° Il existait, non pas une fracture double verticale du bassin, comme on aurait pu le croire, mais une fracture du pubis et une fracture comminutive par enfoncement de l'ilion. 3° Il y avait des fractures de côtes multiples. Il s'était fait une déchirure de la plèvre avec épanchement sanguin, hémothorax et ecchymose de Valentin, sans pneumothorax. 4° Les lésions produites par la contusion cérébrale consistaient en des points hémorrhagiques miliaires disséminés à la surface du cerveau, dans les centres opto-striés, dans le corps calleux, etc. Une hémorrhagie en foyer s'était produite dans l'un des lobes occipitaux. Les petites déchirures hémorrhagiques signalées par Duret dans le mésocéphale ne se rencontraient pas sur le bulbe lui-même, mais sur les pédoncules cérébelleux. 5° Il n'existait pas de fracture verticale du frontal, et cependant, il y avait l'ecchymose sous-conjonctivale décrite par Félizet.

10. M. Darier présente une *péricardite tuberculeuse*, avec symphyse cardiaque.

11. M. Chantemesse lit un rapport sur la candidature de M. Œttinger au titre de membre correspondant.

M. Kaurin, médecin en chef de l'hôpital des Spédalsques, de Molde (Norwège), est nommé membre correspondant.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 26 mai 1885. — Présidence de M. Duhomme.

Dans une discussion à laquelle prennent part MM. Mayet, Vigier, C. Paul, Yvon, on agite la question si discutée de savoir si un pharmacien est autorisé à renouveler une ordonnance lorsque le médecin n'a pas écrit : *à renouveler*. La pratique de M. Yvon paraît être adoptée : celui-ci divise les clients en deux catégories. Jamais il ne renouvelle l'ordonnance d'un client dit de passage ; quand aux clients habituels il garde par devers lui leur ordonnance qu'il ne renouvelle, du reste, que sur l'indication formelle du médecin traitant. A chaque renouvellement le cachet est apposé sur l'ordonnance.

M. Yvon sur la demande d'un médecin qui ordonne très fréquemment les frictions mercurielles a, pour éviter les désagréments de l'axonge, remplacé ce corps par du savon noir. La préparation ne nuit pas et le nettoyage est très facile. Il choisit un savon neutre, du reste le mode de préparation lui-même permet d'enlever l'excès d'acidité qui pourait rendre cette pommade irritante.

M. C. PAUL a employé la vaseline dans le but d'éviter les inconvénients de l'axonge et s'est bien trouvé de ce genre de préparation.

M. MAYET (fils) a fait couler des plaques et des rondelles de menthol et de chloral pour remplacer les crayons dits antimoyraineux. Il donne la formule suivante :

Menthol / Choral	ââ	0 gr. 50 cent.
Blanc de baleine.		2 gr.
Beurre de cacao.		1 gr.

On laisse fondre ces plaques *loco dolente*.

M. YVON rappelle qu'autrefois il a fait des flèches caustiques à 1/5 de leur poids de chloral; les rondelles de M. Mayet ne seraient-elles pas au moins irritantes?

M. MAYET répond qu'il n'a jamais observé d'effets de cet ordre. GILLES DE LA TOURETTE.

REVUE MÉDICALE

II. La transfusione nella cura del colera. — Ferdinando MANNONI. — Roma, septembre 1884.

III. Remarks on cholera from a practical point of view, by GRANT-BEY. *The Medical Bulletin*, november 1884. — Philadelphia.

IV. Colera Treated successfully with calomel, by D. K. SHŒMAKER. — *Eodem loc.*

V. Prevention and restriction of cholera, by H.-B. BAKER and J.-H. RAUCH. — *The Sanitarian*. — August. 1884. — New-York.

VI. Practical advice in view of the spread of cholera, by Florence NIGHTENGALE. — *Eodem loco.*

VII. Contribution à l'étude du microbe du choléra asiatique, etc., par Van ERMENGEM. — Bruxelles, 1884, chez Manceaux, éditeur.

VIII. Note sur l'inoculation des produits de culture du bacille virgule aux cobayes, par van ERMENGEM. — Extrait du *Bulletin de l'Academie royale de médecine de Belgique*, 3e série, t. XVIII, n° 12.

IX. Recherches anatomiques et expérimentales sur le bacille virgule du cholera asiatique par CECI, KLEBS et van ERMENGEM. — Liège, imprimerie Vaillant-Carmanne. 1884.

II. L'auteur, après avoir cherché à démontrer que quelle que soit son origine, le choléra se caractérise essentiellement par une anémie aiguë, pense que l'indication thérapeutique fondamentale consiste à traiter cette anémie aiguë. Pour lui, le meilleur procédé consiste dans l'injection intraveineuse d'une solution de chlorure de sodium qui aurait une valeur égale à celle de la transfusion vraie. Il introduit dans la veine découverte une canule tranchante très fine, laquelle est en communication avec un récipient qu'on élève à volonté; le liquide dont il se sert a la composition suivante : eau distillee, 600 gr.: chlorure de sodium, 4 gr ; chlorate de potasse, 1 gr. 50; chlorhydrate de quinine, 0 gr. 60.

III. Communication faite au Congrès de Copenhague. L'auteur, tout en se déclarant partisan de la théorie microbienne, ne croit guère à l'utilité des quarantaines: il pense qu'une désinfection générale et minutieuse est bien préférable. Comme moyen prophylactique, il indique le suivant qui aurait été employé avec succès au Caire par un grand nombre de personnes : prendre trois fois par jour cinq à dix gouttes d'acide chlorhydrique dilue. Le mode de traitement qui lui a le mieux réussi consiste dans l'emploi, au début, quand il n'y a que de la diarrhée, de l'opium à haute dose qu'on supprime dès que surviennent les vomissements, pour le remplacer par le bichlorure de mercure à la dose d'un dixième à un huitième de grain tous les quarts d'heure, toutes les demi-heures ou toutes les heures, suivant les cas.

IV. Dès 1849, l'auteur employait la méthode de traitement du choléra par le calomel. Il administrait au malade tous les quarts d'heure ou toutes les demi-heures un vingtième à un douzième de grain de calomel melangé à du sucre de lait, et ce jusqu'à ce que les vomissements cessent et que les selles changent d'aspect. Très rapidement, la bile apparaît dans les matières fécales et les malades sont sauvés. C'est par cette action sur le foie que l'auteur explique l'efficacité de ce médicament.

V. Instruction générale au sujet du choléra, indiquant succinctement, mais avec précision, les causes du choléra, les moyens prophylactiques à employer, les procédés de désinfection, et les précautions que doivent prendre les personnes qui approchent les cholériques, le tout d'après les données les plus récentes. Suivent quelques recommandations particulières pour les chemins de fer.

VI. Miss Florence Nightingale envoie au *New-York Herald* quelques *aphorismes* sur le choléra : tout d'abord elle affirme qu'il n'est pas transmissible d'homme à homme; que le seul moyen de prévenir l'invasion du choléra est de mettre la terre, l'air, l'eau, les constructions dans un *bon état sanitaire* par tous les moyens possibles : lavages, désinfection, etc.; que les quarantaines sont impossibles et absurdes, etc. Tout cela affirmé avec un aplomb imperturbable.

VII. Dans la première partie de ce travail, communiqué en octobre 1884 à la Société belge de microscopie, l'auteur résume les principaux faits que lui a révélés une étude détaillée du bacille en virgule, ses conclusions sont identiquement les mêmes que celles de Koch : il retrouve constamment le bacille virgule dans les selles des malades atteints de choléra, et lorsque la constatation au microscope ne peut en être faite facilement, la mise en culture, sur du linge mouillé placé dans une chambre humide, d'une petite quantité du contenu intestinal donne, après vingt-quatre heures, un nombre considérable de virgules caracteristiques; donc, grande facilité pour l'examen des cas, même les plus douteux. Il reconnaît l'extrême utilité de la méthode de Koch qui permet d'isoler sur les plaques de gélatine les divers microbes des matières fécales. Il insiste sur l'aspect spirillaire que prennent les bacilles cholériques dans les cultures liquides, tandis qu'ils sont à l'état de virgules dans le contenu intestinal. Quant à la sporulation, il n'en a jamais vu la moindre trace. L'auteur fait ensuite une critique sévère et rigoureuse des recherches de Finkler et Prior qui, comme on le sait, avaient pretendu avoir découvert dans le choléra nostras un bacille semblable à celui du choléra asiatique. Ces auteurs cultivant leur bacille, étaient arrivés à obtenir une évolution absolument singulière, en dehors de toutes les données actuellement connues de la microbiologie. En effet, d'après ces auteurs, leur bacille, après quarante-huit heures, prend un aspect fusiforme; à chaque extrémité apparaît une spore; celles-ci, devenues libres, germent à leur tour, se transforment en bâtonnets courbes, qui s'allongent, deviennent des spirilles qui gonflent tantôt à une extrémité, tantôt vers le milieu, puis disparaissent; mais bientôt on peut apercevoir dans la culture un très grand nombre de petits bacilles courbes. Or, jamais Koch ni ses élèves n'ont vu semblables choses, et M. Van Ermengem rappelle qu'on n'observe dans les cultures du bacille cholérique que la forme en virgules et celle en spirilles plus ou moins longues, plus ou moins libres ou enchevêtrées, et jamais autre chose. Etudiant alors en détail des spécimens des cultures, même de Finkler et Prior, en les comparant à des cultures du bacille virgule du choléra indien, l'auteur montre les différences considérables qui séparent ces deux cultures aussi bien au microscope, qui dénote dans les premières plusieurs espèces de microbes, qu'à simple vue, les organismes de Finkler et Prior donnant à la culture sur gélatine une teinte fluorescente sans liquéfaction du milieu, tandis que le bacille virgule liquéfie rapidement la gélatine. En somme, M. Van Ermengem n'a pas trouvé dans les cultures soi-disant pures de Finkler et Prior moins de quatre bacilles, dont deux droits et un incurvé, plus un micrococcus chromogène, jaune. Il a fait la démonstration complète en isolant chacune de ces espèces, puis en ensemençant trois des bacilles dans le même tube; en effet, il a pu alors observer toutes les transformations décrites par les auteurs. A cet intéressant mémoire est joint

le résumé du travail de Koch sur le même sujet, on voit que les deux observateurs sont arrivés exactement aux mêmes résultats; la question paraît donc absolument jugée.

VIII. Dans ce mémoire, présenté à l'Académie de médecine de Belgique, M. Van Ermengem rappelle que, dès le mois d'août 1884, il avait essayé de pratiquer des inoculations intraintestinales de bacilles virgules à des chiens. Une fois, il aurait vu une abondante multiplication de virgules se produire, après inoculation dans une anse intestinale, comprise entre une double ligature. Ayant repris ces recherches, après la communication de Nicati et Rietsch, il obtint une série de résultats qu'il indique en détail. L'inoculation de fortes doses (1 gr.) de culture pure de bacille virgule, dans l'intestin de cobayes adultes, bien portants, les tue dans un délai de deux à dix-huit heures, avec symptômes cholériques et nombreux bacilles virgules dans l'intestin; rien dans les autres organes. Des inoculations pratiquées de même avec une goutte et même avec un vingtième ou un quatre-vingtième de goutte font périr les animaux en quarante-huit heures et quelquefois seulement en quatre ou six jours. Koch avait obtenu des résultats analogues avec un centième de goutte. Dans tous ces cas, l'intestin est absolument rempli de bacilles virgules; ses parois sont infiltrées d'éléments lymphatiques; les globules sanguins sont très altérés, et trois fois le sang renfermait des virgules en abondance. Si l'on prend ce liquide intestinal et qu'on le dilue de façon à n'en inoculer. à une nouvelle série de cobayes, qu'une goutte et même un cinquantième de goutte par chaque animal, on tue ces animaux en douze ou quarante-huit heures, et on constate les mêmes particularités. Enfin, inoculant à la même dose le liquide intestinal des animaux de cette seconde série à une troisième série, on fait périr les animaux dans les mêmes conditions. Des liquides de cultures furent complètement privés de microorganismes — ce dont on s'assura en récnsemençant de la gélatine fraîche sans succès — soit par le filtre de Chamberland, soit par l'exposition pendant une demi-heure à la température de 60° à 70°, on les inocula ensuite dans le duodénum ou dans le péritoine de cobayes; à la dose de trois à quatre centimètres cubes, les animaux moururent en moins d'une heure avec des symptômes d'algidité extrême. — Des cobayes n'ayant pas succombé à la suite d'inoculations de cultures de bacille virgule, furent inoculés de nouveau et périrent; donc, une première inoculation de microbes cholériques ne confère pas l'immunité.

IX. Dans cette brochure, Firket a réuni: les conclusions du mémoire de Ceci et de Klebs qui ont été reproduites dans divers journaux et qui, d'ailleurs, renferment peu de choses neuves: celles du mémoire de Van Ermengem que nous avons analysé plus haut; enfin un résumé du travail de Koch dans lequel il réfute à la fois Lewis et Finkler et Prior.

L. CAPITAN.

CORRESPONDANCE

A propos des études de M. Turner sur Harvey.

Monsieur le Directeur,

Si nous rions de l'astrologue qui se laisse choir au fond d'un puits, que ferons-nous pour le critique qui tombe dans ses propres pièges?... Tel est, en effet, le cas de M. Turner. Lorsque l'on s'attribue l'unique et peu modeste rôle de corriger autrui, encore ne faut-il pas s'exposer à se faire corriger soi-même. Il ne faut pas tout au moins se faire redresser sur les points même que l'on critique. Je ne prendrai pas au sérieux le vocabulaire de M. Turner: « bévues, torts graves, citations fabriquées, étonnantes fantaisies, vérités travesties et autre délits dont il rêve. Je serai plus sobre. Je n'examinerai guère que les cinq premières colonnes qu'il m'a consacrées (1) et j'y trouverai en erreurs de détail, de fond et de méthode de quoi prendre son exacte mesure.

(1) *Progrès médical*, 1885, n° 18.

§ I. 1° A propos des études d'anatomie faites par les artistes, j'ai parlé d'un « dessin de squelette destiné à l'étude d'une des figures de la mise au tombeau de Raphaël » (page 648). Il y a là, selon M. Turner « quelque bévue à rapprocher de celle qui « a été faite à propos de la leçon d'anatomie de Rembrandt, où « Tulpius serait représenté démontrant les chylifères... » M. Dastre, ajoute-t il, aurait bien dû nous dire nettement où se « trouve ce dessin, particulièrement célèbre, de Raphaël, que « personne ne connaît. »

Que M. Turner me pardonne: la bévue est bien pour lui. Ce dessin, M. Mathias Duval le montre tous les ans, dans son cours, aux deux cents élèves ou auditeurs de l'Ecole des Beaux-Arts. Qu'il ouvre le livre de L. Choulant, l'abécédaire de l'anatomie artistique, et il en trouvera la réduction à la page 15. L'original de ce dessin, connu sous le nom de « groupe de femmes en squelette » a passé successivement de la collection Lawrence à celle du roi de Hollande puis dans le cabinet Leembrugge à Amsterdam. Le même groupe (femmes vêtues), appartenait encore en 1860, au cabinet de Weimar.

Quant au tableau lui-même il est, selon le dire de Winkelmann, « l'un des meilleurs tableaux de Raphaël, l'un de ses plus parfaits ouvrages. » Si M. Turner n'a point visité le palais Borghèse, à Rome (n° 18), au moins aurait-il pu voir, à Caen (Musée n° 9), une copie remarquable de ce tableau. Mais s'il n'a pas suivi le cours de Mathias Duval; s'il n'a consulté Choulant, s'il n'a visité ni Rome, ni Caen, avant d'écrire cette malheureuse phrase, il aurait pu au moins avoir l'idée d'interroger l'ouvrage fondamental de Passavant. Pour un homme qui, paraît-il, s'est créé une spécialité en ces matières, la distraction est par trop forte.

2° Quelques lignes plus bas — à propos d'une ambiguité qui tient à un remaniement de texte fait *in extremis*, — M. Turner veut bien m'apprendre que Nicolas Sténon, l'anatomiste, vivait au XVIIe siècle. — Mais il est aisé de voir que M Turner n'est pas très ferré sur Sténon. Avec une intention très particulière, je l'ai appelé « naturaliste ». M. Turner me dit naïvement: « pourquoi naturaliste? »

Le voici: C'est que N. Sténon, « naturaliste Danois, célèbre à d'autres titres » est tout simplement l'un des fondateurs de la paléontologie et de la géologie. Si M. Turner voulait bien consulter quelque ouvrage traitant de l'une ou l'autre de ces sciences naturelles, — j'entends n'importe quel ouvrage élémentaire, il y verrait ce nom sans beaucoup d'autres. (Voir Principes de Géologie, de Ch. Lyell. T. I. p. 44 — ou Zittel, p. 26., ou d'Archiac, etc.). Le traité de Sténon a paru en 1669. Il y compare les dents de requins vivants avec les pièces fossiles (dents de squales), trouvées dans les terrains de la Toscane; il compare les coquilles vivantes aux espèces fossiles; il sépare les terrains secondaires des terrains primitifs; il inaugure les idées nouvelles sur la géologie des couches stratifiées; il indique la théorie des soulèvements. C'est là une œuvre très supérieure à son œuvre anatomique et que j'ai voulu relever en un seul mot. Lorsqu'il me redresse sur ce point, M. Turner ne fait pas autre chose que nous montrer que la base scientifique sur laquelle il opère est déjà un peu rétrécie. Mais ce n'est là qu'un commencement.

3° Le troisième point est relatif aux planches de Vésale. M. Turner a bien voulu me conseiller de lire le travail très important qu'il a publié sur ce sujet. Je l'ai lu et n'y ai rien trouvé de neuf, sauf un énorme contre-sens. Il y a deux parties. La première l'histoire du portrait de Vésale, est indifférente à notre objet. M. Turner y relève une erreur de Mme Adélaïde Ducluseau: en visitant la manufacture de Sèvres il a constaté que cette dame avait copié le portrait de Vésale par Jean de Calcar, qui est au musée du Louvre, sans en connaître l'attribution. C'est M. Ch Blanc qui a deviné dans l'inconnu du catalogue Villot le personnage du grand anatomiste. La part de M. Turner se réduit, je crois, à avoir lu (encore n'en est-il pas bien sûr) sur l'une des bagues de la main gauche la lettre A, tandis que M. Ch. Blanc avait lu la lettre M. *Andreas Vésalius Bruxellensis* au lieu de *Magister Vesalius Bruxellensis.*

La seconde partie nous importe d'avantage. Dans sa lettre à Nicolaus Florenatus, datée du mois de janvier 1539 (*Epistola docens venam axillarem*, etc...), le célèbre anatomiste dit, en

subtance, qu'il a publié des planches anatomiques..., qu'il en a deux encore en réserve sur le système nerveux..., qu'il est vivement sollicité d'en produire d'autres... et qu'il ne manquera pas de le faire si, d'une part, il peut se procurer assez de sujets à disséquer et si, d'autre part, son excellent peintre Jean de Calcar veut bien lui continuer ses bons offices. Textuellement : « Quamobrem, si corporum dabitur opportunitas et suam « operam Johannes Stephanus, insignis nostræ ætatis pictor « non denegaverit, nequaquam ego eum laborem subterfu- « gero. »

M. Turner a pris de travers cette phrase : de là, tous les malheurs. Il y voit la preuve que Jean de Calcar avait cessé de dessiner pour Vésale. C'est sur ce contre-sens qu'il se fonde pour prétendre que lors de la composition du grand ouvrage achevé en août 1542, Calcar ne dessinait plus sur bois ; que depuis 1539 il était tout entier à la peinture. Cette première erreur l'entraîne dans une autre, à savoir que les magnifiques dessins de l'*Epitome* seraient antérieurs à 1539. M. Turner n'a pas réfléchi que si cette assertion était vraie, Vésale se serait moqué de Florenatus en lui annonçant deux planches de nerfs alors qu'il aurait eu en main, dès cette époque, toutes celles de l'Epitome. Après l'erreur, la contradiction. Comme le portrait du musée du Louvre est de 1540, il faut bien que M. Turner après avoir rompu les relations de l'anatomiste avec le peintre les renoue. Et alors Jean de Calcar aurait consenti à dessiner les deux figures nues et les cinq planches de muscles de l'Epitome. Tout à l'heure il nous disait que ces magnifiques figures étaient antérieures à la rupture, à 1539 ; voici maintenant qu'il nous dit qu'elles sont postérieures à la réconciliation, à 1540 ! C'est le cas de prier M. Turner de méditer sa phrase : « J'aime en tout la précision, et les contradictions me sont in- « supportables. »

Je pourrais aller plus loin et peut-être établir que dans le grand ouvrage il y a *certainement* quatre planches qui sont de Jean de Calcar, et *probablement* beaucoup d'autres. Mais, Dieu merci, la fréquentation des érudits me corrigerait de l'érudition et je me contenterai de conclure que celui-ci aurait mieux fait de laisser passer la phrase, tout à fait indifférente à mon sujet, que j'avais prise d'ailleurs dans l'anatomie artistique de Mathias Duval, p. 16.

4° Ces accidents et quelques autres m'ayant donné quelque défiance de l'érudition de M. Turner, j'ai voulu, avant d'établir mon opinion, recourir à un juge autorisé.

Il y a un homme qui a renouvelé et rajeuni, de notre temps, cette histoire de la circulation du sang, c'est l'allemand H. Tollin, licencié en théologie. Il y a au moins 27 ans qu'il poursuit sans relâche ses recherches et qu'il ramène tous les écrivains aux textes originaux. J'ai combattu ses idées et ses conclusions, mais je reconnais qu'il est le maître des érudits en cet ordre de choses et que c'est lui qui mène leur troupe. Voici donc ce que le maître pense du travail de l'élève dans son article (*Die Franzosen und die Entdeckung des Blutkreislaufs. Archiv für pathologische Anat. und Phys.* de Virchow. 1883) : p. 94. M. Turner est rangé parmi ceux qui n'ont fait aucune étude nouvelle des sources « Keine neuen Quellenstudien gemacht » ; p. 109. Turner n'a point lu les œuvres de Servet : p. 111 : Turner a du malheur : au lieu de remonter aux sources il recourt, lui aussi, aux autorités. Le grand Haller est pour lui le « Deus ex machinâ. » Il le cite, il le blâme : Interdum bonus dormitat Hallerus. » A la même page 111 Tollin relève le contre-sens commis par Turner qui fait dire à Haller exactement le contraire de ce qu'il a dit ; et il ajoute : « M. Turner sait-il mieux le latin que Chéreau » ; p. 113. Tollin s'amuse, et non sans raison, de la singulière mesure à l'aide de laquelle notre critique classe les grands hommes. C'est, en effet, d'après le nombre de pages. L'anatomie de Vésale a 759 grandes pages ; l'ouvrage de Colombo n'en a que 296 petites : il est donc inférieur. Mais alors, que dire de l'ouvrage de Harvey qui n'en a que 76. Page 116, Tollin fait encore quelques autres reproches à Turner, entre autres de confondre « professeur de pharmacie » avec « maître es-arts dans la faculté de philosophie. » P. 117, Turner a dit de Servet, qu'il s'appelait *peut-être* de Villeneuve. Tollin ne pouvait laisser passer ce « peut-être », puisque, à l'exception de ses deux premiers ouvrages, Michel Servet, dans tous les autres, à Paris, à Vienne, et dans son procès à Genève, s'est appelé Michel de Villeneuve. P. 118, « Turner ne sait pas l'opinion que Servet se formait de l'esprit vital. »

Je m'arrête là. Voilà ce que M. Tollin a trouvé à critiquer dans les onze pages du travail de M. Turner, qui est lui-même un travail critique. J'oubliais de dire que Tollin nous met bien en garde de confondre M. Turner, du *Progrès médical*, avec M. Turner le célèbre professeur d'Edimbourg. Mais ce sont là aménités courantes, entre érudits.

5° J'ai écrit cette phrase : « A la fin du XVIIIe siècle, Haller « et Baglivi reconnaissent, eux aussi, que Realdo Colombo « a ouvert le premier, le passage du sang par les poumons, « et que le premier il a ainsi *indiqué* la circulation du « sang. » M. Turner voit deux choses à reprendre dans cette phrase. Il ne faut pas, me dit-il, « donner à Haller ce qui appartient à Baglivi seulement. » J'en demande bien pardon à M. Turner, je maintiens absolument mon dire. Je sais bien que Haller n'a pas toujours tranché la question de priorité entre Servet et Colombo, qu'il la laissa indécise en 1757 dans les *Elementa physiologiæ*, mais il me suffit qu'il la décide en 1774 (*Bibl. anat.*, p. 204). Il y déclare très nettement (et c'est précisément ma thèse) que si Servet a publié le premier cette découverte, c'est Colombo qui l'a faite le premier. Puisque M. Turner sait cela, pourquoi me reprend-il ?

Le second reproche c'est d'avoir traduit « subindicavit » par indiqué ». Remarquons que, de l'aveu de tout le monde et même de M. Turner, il n'y a rien au monde de plus net que la description de Colombo. Il a vraiment fait plus qu'*indiquer* la circulation du sang. Du reste, la question n'est pas même là : il s'agit de savoir à qui, de Servet ou de Colombo, Baglivi va donner la priorité, et manifestement il la donne à Colombo.

J'ai bien de la peine à comprendre (bien que les érudits vrais ou faux ne puissent plus guère m'étonner), j'ai, dis-je, bien de la peine à comprendre comment M. Turner a pu s'en prendre à cette phrase, absolument exacte, et ce qu'il veut dire avec son « subindicavit ». Notons que c'est le même critique, mécontent de « subindicavit », qui vient de commettre les deux contre-sens que j'ai relevés tout à l'heure, pour qui dans un moment « viva sectio » ne voudra pas dire vivisection, si c'est Colombo qui la pratique ; pour qui *sanguis* cessera d'être *le sang* lorsque ce liquide traversera la cloison ventriculaire ; pour qui *meatus* ne signifiera point (conduit, communication) s'il soupçonne que le sang y puisse passer ; pour qui, en revanche, *in charta delineavi* voudra dire : « J'ai fait faire une planche ! » etc., etc.

6° J'estime que le plus simple bon sens doit faire justice du reproche d'infidélité que m'adresse M. Turner à propos de l'opinion de J. Günther d'Andernach sur Michel Servet, « jeune homme orné de toute espèce de littérature ». Il faudrait dire pour contenter notre critique, « homme orné de toute espèce de littérature. » Le lecteur pourrait croire d'après cela qu'il s'agit d'un vieillard. Mais non ! Servet est bien un jeune homme. A ce moment où il aide son maître dans ses dissections et où celui-ci aperçoit ses rares qualités, on est en 1537 et Servet, né en 1509, a au plus vingt-huit ans. En tous cas, il a certainement moins de trente ans, puisque la dédicace des *Institutionum anatomicarum* (2e édition) qui contient cette phrase, a été écrite au mois de janvier 1539. Ai-je donc manqué à la vérité ; ai-je attribué à mon auteur une pensée qui ne fût pas la sienne ?

Je le déclare une fois pour toutes, dans un article de Revue, (*Revue des Deux-Mondes*, 1er août 1884) où j'examine en trente-cinq pages l'histoire de la circulation depuis Aristote jusqu'en 1884, je ne me crois pas astreint au décalque, au mot à mot, à la traduction interlinéaire de toute cette basse latinité. En toute occasion, je m'attache au sens, à la pensée réelle, à la vérité. Je traduis librement ; je commente, je ne collige point. Supprimez mes guillemets, s'il vous plaît ainsi, intercalez des séries de points, mais ne parlez pas d'inexactitude. La querelle de « Juvenis » vaut celle de « subindicavit. » Et c'est à propos de ces misères que M. Turner s'écrie, impertinemment : « Lorsque l'on n'est pas soigneux observateur des pe- « tites choses, on ne l'est pas non plus des grandes. » Qui

montre donc ces grandes choses dont je n'aurais pas été soigneux observateur?

7° Mais puisque c'est là une maxime de notre critique, il serait bon qu'il y conformât sa conduite. Il n'appellerait pas « nouveau collaborateur » (p. 364) un auteur qui a commencé sa collaboration depuis plus de dix ans. Soyez exact, M. Turner.

8° M. Turner pense que ce rédacteur n'a pas lu dans les écrits du vieux Fabrice l'usage qu'il assignait aux valvules des veines, et dans ceux de Césalpin ce que l'on a voulu y trouver depuis... » M. Turner se trompe. Je n'ai pas adopté la thèse du Dictionnaire de Bayle. Ce que j'ai dit de Césalpin et de Fabrice, je l'ai puisé dans Césalpin et dans Fabrice, et je le mets au défi de me prouver que j'en aie parlé autrement qu'il ne fallait, lorsque je dis (page 665) à propos de Césalpin : « Et « sans compter qu'il crut à toutes les chimères d'Aristote : le « cœur siège de l'âme, les artères continuées par les nerfs au « lieu de l'être par les capillaires, la cloison du cœur perméable, « et d'autres encore, on peut dire avec vérité que Césalpin ne « comprit lui-même que peu de chose à l'observation dont il « était l'auteur. » Et plus loin, p. 665, à propos de Fabrice d'Acquapendente : « Il vit ces replis membraneux, mais il n'en « comprit point l'usage. » On voit décidément ce que valent les reproches de M. Turner.

9° Je ne dis rien de la phrase sur la vivisection des porcs, au bout de laquelle M. Turner dépose en signe d'étonnement un (*sic*). Elle est de Claude Bernard qui a bien expliqué que ce n'était pas seulement par raison de commodité ou scrupule d'humanité que l'on préféra souvent la vivisection du porc à celle du chien, mais parce que celui-ci était omnivore comme l'homme, qu'il suait comme lui (museau), ce qui n'arrive pas au chien, etc. Si Colombo a renoncé à employer le porc, comme faisait Vésale, c'est à cause des cris assourdissants qui gênaient l'observateur.

10° M. Turner me dit que j'ai trop grandi Colombo. Ce n'est pas mon avis. L'homme qui a fait tant d'observations anatomiques absolument neuves (découverte de l'étrier de l'oreille, nerfs des muscles, etc.), et qui a, au milieu du XVIe siècle, découvert la circulation pulmonaire et dit de la respiration ce qui en a été dit de plus exact jusqu'à Lavoisier, me paraît digne d'être comparé au maître qui, deux siècles plus tard, devait découvrir la fonction glycogénique du foie et les circulations locales. Je crois être en cela au moins aussi bon juge que M. Turner. Du reste M. Turner connaît mal Colombo : il le connaît moins bien que M. Chereau lui-même. Sans quoi il n'aurait pas repris la phrase parfaitement exacte de cet écrivain relativement aux crânes nombreux que Colombo avait observés, et il n'affecterait pas de croire que toutes les vivisections de Colombo soient exposées dans son livre XIV.

11° Il plait à M. Turner de dire que j'ai copié Chereau. J'ai dit seulement que je l'avais suivi. M. Turner a bien dû voir, que même sans connaître les justes critiques dont cet écrivain avait été l'objet, j'ai redressé nombre de ses erreurs, et que j'ai eu sous les yeux les textes qu'il invoquait. Lorsque j'ai parlé « d'une certaine vivisection ». page 655, je savais parfaitement ce que je faisais. J'ose croire que M. Turner, s'il y réfléchit un peu, reconnaîtra qu'il aurait aussi bien fait de ne point reprendre cette phrase.

12° Nous voici arrivés à la quatrième colonne de ce malencontreux article de M. Turner. Je trouve ici quelque chose de plus grave. C'est là, en effet, que mon contradicteur n'a pas craint d'employer à propos des opinions que j'attribue à Colombo des expressions qui outre qu'elles sont fausses ne sont point de celles que j'aurais la patience de tolérer. — A ces mots « d'étonnante fantaisie, de citation fabriquée et de vérité travestie », j'oppose le plus net démenti. Je n'ai pas mis Vésale sur le même rang qu'Avicenne, Mundini et Carpi : Je l'ai fait sortir du rang au contraire, je l'ai mis en vedette, en ajoutant à l'énumération de leurs noms, ces mots : « *et Vésale même* » comme qui dirait « et jusqu'à Vésale lui-même, jusqu'au grand Vésale. — Lorsque, à propos de la vérité, je fais dire à Colombo « c'est à elle que je suis le plus fortement attaché », je n'invente rien, je traduis : Veritas eadem, cui magis addicti sumus... » Lorsque je fais dire à Colombo : « Je ne fais pas tant de cas de Galien et de Vésale que de la vérité » — on comprend assez que si Colombo ne faisait aucun cas de Galien ni de Vésale, cette phrase n'aurait point grand sens. C'est précisément parce que il estime beaucoup Galien et Vésale qu'il exprime une pensée forte lorsqu'il déclare que plus encore que ces maîtres il estime la vérité. — Mais M. Turner qui ne comprend rien à tout cela veut que je déclare que Colombo estimait ses illustres prédécesseurs Galien et Vésale. — Voilà le « quos plurimi facio ». — Eh! bien je le déclare, Colombo eût été un sot s'il n'eût pas eu de ces maîtres de l'anatomie l'opinion que l'on en doit avoir ; c'est en effet le propre de la sottise de traiter les hommes de mérite comme de simples niais. — Et à ce propos, il se pourrait que M. Turner eût besoin de s'observer. Il a, en effet, un certain travers qui rend ses articles insupportables : c'est la manière dont il traite beaucoup d'hommes à qui il devrait plus de respect. Les choses ont été au point, en ce qui concerne Flourens, que l'allemand Tollin lui-même adversaire de Flourens, a été obligé de le rappeler aux convenances.

« Et maintenant j'avouerai que si M. Turner avait voulu s'en tenir à la besogne qu'il peut bien faire, il m'aurait rendu service en me signalant quelques coquilles ou négligences. — Par exemple que le prénom de Bauhin était Caspar et non point César. — Que dans la phrase sur Mundini et Levasseur, la date de 1540 doit s'appliquer à ce dernier, que la différence des deux chiffres 1494 et 1509 est 15 et non pas 17 : que la différence des deux chiffres 1494 et 1514 est de 20. — Que 1596 à propos de Riolan est une coquille. — Il y a cependant encore trois autres points. M. Turner, me fait observer que si j'avais lu ses publications, j'aurais dit Loys Vassé au lieu de Levasseur comme a fait Flourens : j'aurais dit *Guinter* d'Andernach, au lieu de *Winter;* j'ai suivi en cela, Tollin (*Pflüger's Archiv.* T. 22, p. 265; *Virchow's Archiv.* 1883; p. 117; *Willis, London,* 1878, p. 55. — *Pierer's Universal Lexicon,* vol. VII, p. 781, *Thomas Lauth... etc., etc.*); mais M. Turner ne saura jamais à quel point il m'est indifférent de dire Winter avec ces auteurs ou Guinter avec lui, comme de dire Guillaume au lieu de Wilhelm, d'autant plus qu'il est prouvé que ce personnage a écrit lui-même son nom de diverses manières au moins en latin. — Enfin, M. Turner me fait observer que Jean Riolan le fils n'a jamais été doyen : — Ici c'est Harvey qui s'est trompé. En effet j'ai pris mon renseignement dans la suscription même des lettres de Harvey à Jean Riolan : « Ad Johannem Riolanum filium ;... « in Academia Parisiensi Anatomes et Herbariæ Professorem « Regium egregium, atque *Decanum;* (Roterodami, 1649). » Jean Riolan était seulement doyen d'âge de la Faculté de médecine ou maître, et doyen du collège de France. — Voilà à peu près les seules choses que M. Turner ait redressées et il est clair que ces services sont du genre de ceux que peut rendre un prote soigneux, armé du dictionnaire de Bouilhet. Cela me servira pour mon erratum.

§ 11. — Je n'ai pas tout dit sur la critique de M. Turner. Je n'ai examiné que les erreurs de l'érudit. — J'ose dire que les erreurs du savant sont énormes en proportion, et c'est ce qui m'ôte le courage de m'y étendre. — J'ai déjà montré que notre critique avait une base un peu mince dans les sciences naturelles ; j'y ajouterai maintenant l'anatomie comparée, l'embryologie, la physiologie, et l'histoire même de l'anatomie.

Je prends toujours dans ces 5 colonnes : et je ne puis qu'indiquer : 1° M. Turner (1re col.) croit que la circulation lymphatique est foncièrement liée à la circulation du sang. Erreur qu'il ne commettrait pas s'il avait suivi mes leçons d'anatomie comparée et d'embryologie que je ne puis vraiment reproduire ici ; 2° (1re col. encore). — On démontre également par ces deux ordres de considérations que la connaissance de la circulation pulmonaire implique et contient implicitement celle de la grande circulation. — Que M. Turner se mette au courant de ces sciences et puis nous en parlerons. 3° (5e col). M. Turner dit : « Ne savait-on pas, comme je l'ai fait remarquer à propos d'une phrase analogue de M. Chéreau, que le sang passait à travers le foie, de la veine porte à la veine cave, » pour me prouver que l'on connaissait la circulation du foie. — Il y a là deux grosses erreurs : d'abord on ne savait pas que le sang *circule* de l'intestin au cœur par la veine porte, le foie, et la veine cave, c'est-à-dire que tout le sang suit cette direction : on croyait à un flux et à un reflux. Colombo et tous les autres ont très bien expliqué cela : la veine porte ne

transporte que le chyle au foie et elle transporte le sang du foie *vers* l'estomac, l'intestin, le mésentère. Voir Colombo (De re Anatomica, p. 304). La veine porte servait donc à deux courants inverses. Et ceci n'empêche point M. Turner d'ajouter : « Et cependant le très habile Colombo lui-même n'a rien pu deviner. »—Je le crois bien ! Cette phrase contient une seconde erreur, de fond. — M. Turner ne paraît pas savoir qu'il y a, quand on considère les organes, deux espèces de circulations : les *circulations ordinaires*, qui consistent en ce que ces organes reçoivent du sang par une artère branche de l'aorte et le renvoient après avoir traversé un seul système de capillaires dans une veine branche de la veine cave; et les *circulations portes*, particulières à certains organes, foie, rein, rate, intestin, qui s'accomplissent dans d'autres conditions. Or, lorsque l'on parle de la circulation des organes, c'est le cas général que l'on a en vue.

J'ai dit que l'erreur de croire percée la cloison du cœur dura treize siècles, de Galien à Colombo. C'est l'évidence pure et, jusqu'ici personne ne l'avait contesté, pas même M. Turner qui, à l'occasion des erreurs de Galien cite la perforation de la cloison interventriculaire. (*Gaz. heb.* nº 23, 1882.)

Aujourd'hui, ce n'est plus cela. Ce n'est plus un liquide qui traverse la paroi, c'est une *vapeur* (5e col.), ce ne sont plus des conduits, des orifices, des trous, des pores comme ceux de l'éponge, ce sont des pores invisibles. En vain le dictionnaire proteste, en nous apprenant ce que c'est que *sanguis, meatus, foramen, resudare*; rien ne fait, ni Galien (vol. II, p. 207, G. Kühn), ni Daremberg (t. II, p. 317 ; t. Ier, p. 444) ; ni G. Pouchet (*Rev. scient.*, nº 21, 1881, p. 645); ni Vésale (1543, p. 596 et 598) ; ni Winter d'Andernach (p. 71, 1536, p. 65, 1539) : ni tout le monde, ni rien, ni personne.

Cette intrépidité contre l'évidence m'a intéressé. Connaissant bien maintenant le mécanisme cérébral de notre critique, je me suis dit qu'il y avait là-dessous quelque bon texte latin, interprété à contre-sens. Et, en effet, c'était ainsi. Dans la phrase de Mundini (1494) le mot *subtilietur* est pris de travers, il ne s'agit point de vaporisation. Mundini (1315) voit des cavités larges à droite, étroites à gauche : le sang subit dans ces passages qui vont en se rétrécissant, une modification qui le rend plus terne; opération dans laquelle nous ne verrons jamais clair, parce qu'elle est imaginaire et que Mundini lui-même, ni les autres n'en pouvaient avoir aucune idée nette. Mais ce n'est qu'une fois arrivé dans le ventricule gauche, que sous l'influence de la chaleur des parois (*caliditate evaporante*, verso 38) le sang s'évapore et l'esprit vital se forme. — Il n'y a dans tout cela qu'une nouvelle erreur de M. Turner. Nous ne les comptons plus.

§ III. — Il me resterait, pour remplir mon programme, à relever, dans ces cinq colonnes de M. Turner, la catégorie des erreurs plus graves, les erreurs de méthode, celles qui touchent à la rectitude même du jugement. Je devrais lui montrer pourquoi j'ai distingué dans l'*Histoire de la circulation du sang* trois périodes qui ne sont point celles qu'il veut bien me proposer; et c'est pourquoi Flourens et Richet et moi-même nous avons eu raison de donner des précurseurs à Harvey, et dans quelle mesure ils l'ont été. Et bien d'autres points. — Mais je n'en ai plus le courage. Je crois en avoir dit assez : ayant à chaque ligne de M. Turner rencontré une erreur d'érudition, de science ou de méthode; mon opinion est faite et parfaite, c'est à savoir que déjà j'ai eu tort de lui répondre si longuement. A. DASTRE.

Traitement du saturnisme par les courants constants.

Naples, le 11 mai 1885.

Mon cher ami et très honoré confrère,

En lisant le *Progrès médical* du 2 mai 1885, j'ai lu que vous avez publié un tout petit résumé du mémoire du Dr Serafini sur le *Traitement du saturnisme chronique et sur l'élimination du plomb par les urines*, et vous avez justement cru et dit de bonne foi ce que l'auteur s'attribue à ce sujet; j'ai, en effet, publié des recherches tout à fait identiques, il y a déjà huit ans ; je crois être le premier qui ait eu l'idée d'utiliser l'action du courant constant pour activer le mouvement de désassimilation dans le saturnisme chronique et avoir démontré ce fait expérimentalement, en 1877, en publiant des cas cliniques de guérison par cette méthode, et, ce qui est encore plus important, des guérisons dans lesquelles j'ai fait l'analyse chimique des urines, démontrant ainsi l'élimination du plomb par cette voie et le rapport existant entre cette élimination et la diminution progressive des altérations trophiques et des phénomènes paralytiques propres du saturnisme chronique. L'on peut lire ces détails dans les *Annali clinici dei ospedale degl' Incurabili*, Napoli 1877 et *Gazette des Hôpitaux*, 10 avril 1877. Paris (1).

J'ai beaucoup regretté que le Dr Serafini, mon élève et très bon garçon, se soit laissé entraîner par un amour-propre très mal placé, à ne pas dire clairement au public médical qu'il n'avait fait autre chose que répéter les anciennes recherches de son maître, et qu'il les avait parfaitement confirmées. J'ai cru, en conséquence, de toute nécessité de rétablir la vérité et de réclamer la priorité de ce mode de traitement du saturnisme chronique qui est le plus rationnel, le plus innocent et le plus efficace, et qui mériterait d'être introduit dans tous les hôpitaux et les cliniques.

Veuillez agréer, etc. Dr SEMMOLA.

THÉRAPEUTIQUE

De l'action du Fer dans la chloro-anémie.

Le Fer est le médicament de l'anémie, que celle-ci soit idiopathique et relève de causes directes, ou bien qu'elle se rattache, à titre de symptômes, à un état morbide qui retentit sur la composition du sang. C'est dire combien est étendu le champ des applications des ferrugineux et l'intérêt clinique qui s'attache à la possession complète du parti qu'on peut en tirer. Des études récentes très remarquables ont éclairé d'un jour tout nouveau cette importante question, et démontré que le Fer est certainement un élément essentiel d'hématopoièse.

Dans la chlorose, il régénère les globules sanguins malades, leur donne plus de valeur physiologique et les rend plus riches en matière colorante. Grâce à ces récents travaux, on peut, pour ainsi dire, suivre pas à pas l'évolution de la réparation hématique sous l'influence du Fer lorsqu'on fait usage d'une préparation physiologique nettement définie. C'est une erreur, comme l'observation l'a démontrée, d'administrer des ferrugineux inertes ou qui ne peuvent se modifier dans l'estomac. Il est infiniment préférable de donner, toute faite, la préparation qui doit résulter de l'action du suc gastrique.

C'est le but que s'est proposé le docteur Rabuteau en composant des produits contenant le Fer à l'état où il doit être amené par l'estomac avant de passer dans le système circulatoire. Les observations recueillies à ce sujet sont concluantes. Parmi ces observations, nous relatons les suivantes, qui présentent un intérêt tout spécial :

OBS. I. — Une femme âgée de 29 ans était entrée à l'hôpital de la Charité (salle Sainte-Anne) dans un état de chloro-anémie profonde, déterminée par des hémorrhagies utérines répétées. On lui fit prendre d'abord divers ferrugineux et du seigle ergoté sans obtenir de succès. On lui administra ensuite les Dragées de Fer Rabuteau à la dose de quatre par jour. Le mieux se manifesta rapidement; au bout de dix jours, les lèvres de cette femme, tout à fait pâles auparavant, étaient déjà rosées : le bruit du diable, produit dans les vaisseaux, avait considérablement diminué, ainsi que les douleurs névralgiques dont la malade souffrait : enfin, l'appétit avait augmenté notablement et la digestion s'opérait sans la moindre douleur. Les hémorrhagies ultérines disparurent, et, après un mois de traitement, cette femme quittait l'hôpital dans un état tout à fait satisfaisant. — L'assimilation du médicament était complète, car il n'y avait eu ni diarrhée ni constipation, et les selles présentaient une coloration normale.

(1) On pourra consulter sur ce sujet, Knott, *A case of externe Plumbism treated by Galvan. baths*, (*The Lancet*, 1876, II, p. 531).

Obs. II. — Une femme âgée de 32 ans entra à l'hôpital atteinte de cette variété d'anémie appelée *anémie des cuisiniers*.

On sait que cet état morbide est produit par l'action de l'oxyde de carbone, et qu'il est grave. Cette femme présentait une exagération de tous les symptômes de la chloro-anémie. Dès son admission, elle prit le Fer Rabuteau, d'abord en Dragées, à la dose de quatre par jour, ensuite sous forme d'Elixir, pour favoriser la digestion et ramener l'appétit.

Au bout de quinze jours de traitement, l'état de la malade était notablement amélioré; sa face et ses mains, qui étaient complètement pâles lors de son entrée à l'hôpital, étaient déjà légèrement colorées; l'appétit était bon; les bruits du souffle dans le cœur et dans les vaisseaux avaient disparu. Enfin, après vingt-cinq jours de traitement, la malade était guérie complètement. Les règles, qui étaient supprimées, avaient reparu. Le médicament avait toujours été très bien toléré; il n'avait pas produit la moindre constipation.

A l'hôpital des Enfants, le Sirop de Fer Rabuteau a été administré à des petits malades qui, tous, l'ont pris avec plaisir à cause de son goût aromatique agréable. Sous l'influence de ce ferrugineux, l'appétit fut stimulé; les couleurs roses reparurent et, pendant la durée du traitement, on n'a pas observé le moindre trouble intestinal.

Les observations qui précèdent démontrent suffisamment tous les avantages que l'on peut retirer de l'emploi du Fer lorsqu'il est administré sous la forme qu'il doit revêtir en dernière analyse pour pénétrer dans l'économie et y être complètement assimilé; prochainement, nous reviendrons sur cette intéressante question.

BIBLIOGRAPHIE

L'homœopathie dévoilée, par M. P. Henry Fleury. J.-B. Baillière, 1885.

On ne nous accusera pas certainement d'un penchant trop accentué pour l'homœopathie; néanmoins, nous avouons que celle-ci ne se portera pas plus mal qu'auparavant après la brochure de M. Fleury, auteur du *Calcul infinitésimal fondé sur des principes rationnels* et précédé de la *Théorie mathématique de l'infini*, etc.

Madness and Crime; par Cl. Bell. — New-York, 1884.

Petite brochure dans laquelle on trouvera quelques faits médico-légaux ayant rapport à des aliénés, dont la responsabilité a pu être discutée devant les tribunaux américains.

Mimicismo ó Neurosis Imitante; par J.-A. y Tuset. Barcelone, 1884.

Les médecins qui voudraient lire en français, sinon cette brochure, tout au moins les faits qu'elle contient et les déductions qui en découlent, moins quelques considérations psychologiques, pourront consulter les *Archives de neurologie*, n° 22, juillet 1884, p. 68 et suivantes.

Ragione e pazzia; par A. Tebaldi, in-18 de 220 p. — Milan, 1884.

Dans ce livre intéressant, l'auteur établit des comparaisons, qui sont surtout d'ordre littéraire, entre la raison et la folie. Signalons les chapitres qui ont trait au délire religieux et au délire politique, et une étude ingénieuse de la folie dans le *Roland furieux*, *don Quichotte*, *Macbeth*, le *Roi Lear* et *Hamlet*.

Atti della reale Academia de Scienze, lettre et belle arti di Palermo; vol. VIII, 1884.

Outre des bibliographies ou éloges académiques, ce volume renferme quelques mémoires intéressants, parmi lesquels nous citerons les observations faites, à Palerme : du *passage de Vénus sur le Soleil;* des *recherches sur la prophylaxie des maladies contagieuses* et divers travaux de philosophie.

VARIA

Éloge de Claude Bernard.

Prononcé par M. Jules Béclard, dans la séance annuelle de l'Académie de médecine, le 19 mai 1885 (1).

Que de sujets encore sur lesquels Bernard a marqué l'empreinte de son génie inventif: soit qu'il observe l'action des milieux échauffés et refroidis sur les animaux vivants, les limites et la durée de leur résistance, la manière dont ils succombent; soit qu'il étudie la couleur, la quantité, la température et la composition du sang qui traverse les glandes à l'état de repos ou à l'état d'activité, l'action des nerfs sur les actes sécrétoires, le mode d'action des poisons musculaires, des poisons nerveux, des poisons du sang; mais il faut nous borner.

Une grande partie de ces travaux, Claude Bernard a dû les accomplir dans le laboratoire du préparateur, non sans difficultés, trop souvent aux prises avec le découragement, sans instruments et presque sans aides. En 1854, enfin, quelques mois après son entrée à l'Académie des sciences, une chaire de physiologie était créée pour lui à la Sorbonne, et presque en même temps il succédait à M. Magendie au Collège de France. Quelques mois plus tard, il venait prendre place au milieu de nous. Peu après il échangeait son enseignement de la Faculté des sciences pour la chaire de physiologie générale du Muséum, et l'Académie française, qui aime à se parer de tout ce qui est grand, l'appelait dans son sein.

Fidèle au programme qu'il a plusieurs fois tracé lui-même, dans ses leçons, toujours il a considéré la science, non dans ce qu'elle a d'acquis, mais dans les lacunes qu'elle présente. Dégagé de toute idée préconçue, jamais il n'était surpris par l'imprévu. « En physiologie, disait-il, il y a, de nos jours, autant de probabilités pour trouver des faits qui renversent la théorie qu'il y en a pour en trouver qui la fortifient. »

Aussi le cours de Claude Bernard n'avait rien de l'enseignement dogmatique; c'était une école de progrès, dans laquelle il racontait avec une entière sincérité aussi bien les déceptions que les heureuses surprises de l'expérimentateur.

Mais ce qui était plus instructif peut-être, c'étaient les causeries du laboratoire, ou mieux encore la familiarité des entretiens particuliers; c'est là surtout qu'on pouvait le connaître et le juger. Qu'il nous soit permis de nous reporter en arrière et de faire revivre un instant de bien chers souvenirs.

Vers 1860, dans une petite maison cachée sous de magnifiques ombrages, vivait, retiré à Passy, un homme trop tôt disparu et dont la mémoire a laissé dans le cœur de ceux qui l'ont connu, une trace ineffaçable. Une composition d'internat avait classé, du premier coup, au nombre des esprits les plus distingués de la jeunesse médicale de son temps, M. Jean Bouley, ce maître ignoré comme l'appelait naguère un des nôtres. Pour s'assurer le concours de ses lumières et l'autorité de ses conseils, pour couronner en quelque sorte la maison de santé de Passy d'une auréole de respect, notre savant et cher confrère, M. Blanche, avait ménagé à M. Bouley cette retraite silencieuse et charmante. Depuis de longues années il préparait un traité de pathologie générale. Grand partisan de l'unité évolutive de Hégel, il rêvait de placer au sommet de la pathologie générale, qui n'est, disait-il, qu'un pur inventaire, l'idée de cause comme le point de départ d'une évolution scientifique nouvelle Son sujet allait s'élargissant sans cesse et, pénétré de plus en plus de son insuffisance, chaque jour il remettait au lendemain. Quelle n'eût pas été sa joie, s'il eût vécu, de voir le grand œuvre qu'il couvait en silence, briser tout à coup le moule didactique et se réaliser sous la forme vivante!

Dans son cabinet, sur les chaises, sur la cheminée, sur le sol, par tout des livres ouverts et annotés; et sur sa table de travail, une sorte de rempart de volumes au-dessus duquel on apercevait, en entrant, son bon et fin sourire. Ce qu'il y avait de connaissances accumulées chez ce lecteur sans relâche est vraiment prodigieux : sciences médicales, langues anciennes, langues vivantes, histoire de tous les temps et de tous les pays, philosophie, archéologie, peinture, sculpture, avec la connaissance précise des chefs-d'œuvre de tous les musées de l'Europe, histoire de la musique, hautes mathématiques, exégèse historique et religieuse, il était prêt sur tous les sujets, parlait peu, écoutait volontiers et résumait son opinion, toujours attendue, en un trait juste et parfois piquant.

Chaque semaine prenaient place à sa table quelques amis choisis : Claude Bernard était du nombre.

On y rencontrait M. Ernest Renan, à la gravité douce et souriante, à l'ironie discrète et légère; le séduisant auteur de tant de pages exquises, modèles achevés de finesse et de grâce. Peu soucieux de ces luttes stériles où trop souvent les principes succombent dans la mêlée des intérêts, s'il n'a pour les solutions contingentes des

(1) Voir le n° 22.

questions du jour qu'une dédaigneuse indifférence ; devant les grands problèmes qui l'attirent, si parfois sa pensée hésite et s'il refuse d'attacher à sa doctrine une étiquette convenue, il est un asile réservé où le croyant apparaît et se révèle : ennemi déclaré de toute persécution, défenseur convaincu de toutes les libertés, c'est avec une persuasive éloquence qu'il proclame les droits imprescriptibles de la conscience humaine.

Claude Bernard y retrouvait son compagnon de laboratoire, l'éminent chimiste doué à un si haut degré de la faculté créatrice, M. Berthelot, dont les merveilleuses synthèses laissent entrevoir, comme une moisson lointaine, les ambitieuses espérances de la science hermétique; le chercheur inspiré qui poursuit, en ce moment même, dans les chaleurs de combinaisons des corps, le secret des affinités, ce grand mystère de la chimie.

On y rencontrait encore l'un des membres les plus aimés de notre Compagnie, le frère du maître du logis M. Henry Bouley, esprit élevé et cœur chaud, toujours prêt à s'émouvoir aux grandes idées et aux nobles sentiments; M. Peisse, le traducteur des œuvres philosophiques de Dulgald-Stewart, critique d'art de premier ordre, qui, sans être médecin, écrivait sur les choses de la médecine d'une plume mordante et fine, et qui devint, dans les dernières années de sa vie, l'un de nos associés libres; M. Chenavard, cet attachant causeur dont l'inépuisable fantaisie donne à tout ce qu'elle touche un tour inattendu, artiste doublé d'un penseur, qui, dans une composition à la fois étrange et puissante, symbolise sous les traits de Moïse, d'Homère, d'Aristote et de Galilée, les incarnations successives de l'humanité; M. Léon Renault, tout jeune alors, et dont l'assurance précoce, le sens droit, la parole élégante et claire, faisaient déjà pressentir l'orateur politique, auquel toutes les ambitions sont permises; M. Armand Moreau, l'admirateur passionné de Claude Bernard, introduit parmi nous par le maitre auquel il s'était donné tout entier, et que nous avons vu profondément troublé et mortellement atteint quand vint à lui manquer celui qu'il avait tant aimé.

Dans ces réunions sans apprêt, que de causeries fécondes ! Dans ces champs librement ouverts à toutes les hardiesses de la pensée, où chacun donnait et recevait tour à tour, que d'idées nouvelles semées à pleines mains, que d'attachantes dissertations sur les principes, sur les doctrines et sur les méthodes! Là, point d'affirmations sans preuves, point de preuves qu'on ne tournât et retournât en tout sens. D'ailleurs, aucun programme tracé d'avance; des obscures profondeurs de la métaphysique, l'esprit s'élevait d'un coup d'aile aux poétiques enthousiasmes de M. Antoni Deschamps, ou se reposait un instant aux spirituels paradoxes de M. Alexandre Weill.

A chaque découverte nouvelle de Claude Bernard, on s'empressait autour de lui : c'étaient les grands jours. Aux regards pleins de désirs de ceux qui l'écoutaient, on pouvait mesurer la place que tiennent aujourd'hui les sciences objectives dans le domaine de la spéculation philosophique. Dans les explications qui lui étaient demandées, souvent un mot l'avait frappé, il sortait le front pensif : et plus d'une fois j'ai surpris le travail secret de sa pensée quand nous regagnions ensemble, par les quais déserts, la grande ville qui étincelait au loin.

Dans le cours de l'année 1866, Claude Bernard fut très éprouvé. Les journées entières passées dans un laboratoire humide et obscur, suivies de veilles laborieuses et prolongées, avaient profondément altéré sa santé. Il s'était réfugié à Saint-Julien. Ses amis suivaient la marche de sa maladie avec la plus vive anxiété; chacun cherchait à le consoler. M. Pasteur eut la délicate pensée de choisir ce moment pour publier dans le *Moniteur universel* une appréciation sommaire de ses travaux et de son enseignement. C'est à cette occasion que M. Claude Bernard lui écrivait : « Mon cher ami, vous m'avez fait un homme illustre de par votre autorité scientifique... C'est pour moi un bien précieux encouragement d'être approuvé et loué par un savant tel que vous. Vos travaux vous ont acquis un grand nom et vous ont placé au premier rang des expérimentateurs de notre temps ; c'est vous dire que l'admiration que vous professez pour moi est bien partagée. Nous devons être nes pour nous entendre, puisque tous deux nous sommes animés de la même passion et des mêmes sentiments pour la vraie science. » Dans une lettre adressée à M. Sainte-Claire Deville, il revenait, le lendemain, sur le même sujet, et, faisant allusion à l'une de ses plus belles découvertes : « J'ai reçu l'article que Pasteur a fait sur moi, disait-il dans son langage familier, cet article m'a paralysé les nerfs vasomoteurs du sympathique, et m'a fait rougir jusqu'au blanc des yeux. »

Dans la vie de celui qui s'élève au-dessus de ses contemporains, il est un moment qu'on pourrait appeler de plein épanouissement. Ignoré jusque-là du plus grand nombre, son mérite éclate soudain à tous les yeux, son nom circule sur toutes les lèvres, ses émules euxmêmes reconnaissent un maître. On peut dire que la maladie de Claude Bernard marque pour lui cet instant décisif.

Au milieu du calme et de la solitude, en face des grands spectacles de la nature, son esprit, naturellement incliné à la méditation, se reporte en arrière. Il embrasse d'un coup d'œil tout son passé ; son point de vue s'élève, son horizon s'élargit, ses qualités maîtresses se révèlent. Au chercheur du Collège de France succède le généralisateur du Muséum. A vrai dire, ces deux hommes étaient en lui dès le principe. Jamais sa pensée n'est restée confinée dans l'étroite enceinte du laboratoire, ce lieu d'épreuve, accessible à tous, mais où l'idée nouvelle ne devient une découverte que pour celui-là seul qui sait voir et comprendre.

Qu'on l'envisage à l'état de germe, à l'état d'accroissement ou à l'état de développement complet, l'être organisé a la propriété de réagir sur les éléments qui l'entourent, d'associer ces éléments en combinaisons nouvelles et de les transformer en sa propre substance. En un mot, l'être vivant n'entretient sa vie que par un échange incessant avec les choses du dehors et le milieu qui l'entoure est la condition même de son existence. Mais cette conception générale, dont on retrouve la trace jusque dans les monuments les plus anciens de la science, ne saurait suffire. Les influences extérieures ne peuvent atteindre l'être vivant, elles ne peuvent agir sur lui qu'en le pénétrant, qu'en entrant en quelque sorte en conflit avec ce que M. Claude Bernard appelle le milieu intérieur, expression qui n'implique pas seulement un changement de lieu, mais une création nouvelle dans laquelle l'être vivant lui-même intervient. C'est dans ce milieu intérieur, sang ou liquide nourricier, que la circulation, avec toutes ses complications et avec les influences qui la gouvernent, conduit et dirige dans toutes les directions et suivant les besoins; c'est dans ce milieu déposé dans le sein des organes et des tissus, au contact des éléments anatomiques, que s'accomplissent les actes cachés de la respiration, que se continue le travail en apparence intermittent de la digestion, et que se réalise l'incessante élaboration qui est le fond même de la nutrition.

C'est à l'aide de ce milieu interposé entre les agents extérieurs et la substance vivante, et qu'on peut appeler physiologique, par opposition au milieu cosmique général, que le physiologiste et le médecin peuvent agir sur les éléments histologiques, les agents effectifs des phénomènes de la vie.

« Quoique profondément situés, dit Claude Bernard, les éléments histologiques communiquent avec l'extérieur, ils vivent dans les conditions du milieu extérieur, mais du milieu extérieur perfectionné et régularisé par le jeu de l'organisme. L'organisme est une machine vivante construite de telle façon qu'il y a, d'une part, une communication libre du milieu extérieur avec le milieu intérieur organique, et d'autre part, qu'il y a des fonctions protectrices des éléments organiques pour mettre les matériaux de la vie en réserve et entretenir les autres conditions indispensables à l'activité vitale.

« La maladie et la mort ne sont qu'une dislocation ou une perturbation de ce mécanisme qui règle l'arrivée des éléments vitaux au contact des éléments organiques. En un mot, les phénomènes vitaux ne sont que les résultats du contact des éléments organiques du corps avec le milieu intérieur physiologique : voilà le pivot de la médecine expérimentale. »

Il est un autre point sur lequel il a beaucoup insisté et qui se rattache à une conception nouvelle de la physiologie générale. Déjà, dans l'étude de la glycogénie, il avait combattu cette idée d'une séparation tranchée entre les végétaux et les animaux, conception juste à certains égards, mais incomplète. Oui, les végétaux emmagasinent les matériaux combustibles sous forme de produits que les animaux consomment et qu'ils brûlent à l'aide de l'oxygène de l'air; oui, dans la plante immobile et fixée au sol les actes de réduction dominent, tandis que l'oxydation est liée, dans l'animal, à la production de la chaleur et du mouvement dans tous ses modes; oui, le végétal transforme les forces vives en forces de tension, et l'animal les forces de tension en forces vives, en sorte que le végétal est un réservoir de force que l'animal dépense. C'est là ce qui se voit, mais il y a aussi ce qui ne se voit pas. Dans les actes de la nutrition proprement dite, dans les transformations qui président à la constitution même des éléments des tissus, dans cette vie profonde et cachée, les métamorphoses ascendantes et descendantes se rencontrent tour à tour, tantôt accompagnées de chaleur produite ou dissimulée, tantôt de mouvements moléculaires qui se laissent difficilement saisir : l'animal et la plante ont une vie commune. Buffon l'avait dit déjà dans son beau langage : l'animal n'est qu'un végétal doué de sensibilité et de mouvement.

Cette question de l'unité fondamentale de la vie le préoccupait sans cesse, et la solution de ce problème si souvent agité et toujours irrésolu se dégageait peu à peu dans son esprit. Il rêvait une sorte de philosophie générale des êtres organisés, basée sur les propriétés de leurs unités élémentaires, ou pour parler le langage de l'école, de leurs éléments histologiques. Il allait loin dans ses aspirations : « Je pense, disait-il, que nous pourrons produire scientifiquement, de nouvelles espèces organisées, de même que nous créons de nouvelles espèces minérales, c'est-à-dire que nous ferons apparaître des formes qui existent virtuellement dans les lois organiques, mais que la nature n'a pas encore réalisées. »

« J'ai dans l'esprit des choses que je veux absolument finir, » écrivait-il dans l'année qui a précédé sa mort, et c'est au moment,

ou longtemps agitées dans sa pensée, ces idées nouvelles allaient se coordonner dans une œuvre d'ensemble qu'il a disparu.

Alors même que Claude Bernard se complaît dans les hautes régions de la physiologie, le médecin ne perd pas de vue les applications utiles. Tandis qu'il exposait dans ses leçons du Muséum les propriétés des tissus vivants, il publiait sa Pathologie expérimentale. Peu d'années auparavant avait paru l'une de ses œuvres les plus complètes et les plus réfléchies, l'Introduction à l'étude de la médecine expérimentale.

Constamment forcée d'agir, la médecine a tenté d'innombrables essais dans le domaine de l'empirisme : elle en a tiré de précieux enseignements, et tout un ensemble coordonné de vérités lentement et péniblement acquises. Mais si l'empirisme, c'est-à-dire l'expérience fortuite, a été, à l'origine, la première période de toutes les sciences, elle ne saurait être un état permanent dans aucune d'elles. Par la marche naturelle de son évolution, la médecine est entrée dans la voie des tentatives voulues et réfléchies, et l'expérimentation, c'est-à-dire l'observation provoquée, est devenue pour elle, comme pour les autres sciences, une source inépuisable de connaissances. Nous n'en voulons d'autre preuve que la réforme qui s'accomplit en ce moment sur tous les points de l'Europe savante dans nos méthodes et dans notre enseignement. Il faut le dire et le proclamer bien haut, c'est le livre dont nous parlons, publié il y a aujourd'hui vingt ans, qui a imprimé ce mouvement. Partant de ce principe qu'on ne connaît bien les conditions d'un phénomène biologique qu'en devenant capable de le produire, Claude Bernard a transporté en pathologie le problème des maladies artificiellement provoquées.

On a longtemps considéré l'être vivant comme quelque chose d'essentiellement variable ; on a cru, on l'a même écrit, qu'il était affranchi de toute loi, qu'il n'obéissait à aucune règle. « La loi de la vie, disait un membre de cette Académie, dont la voix a souvent retenti dans cette enceinte, c'est précisément qu'elle n'a pas de loi. » Mais si on pouvait dire que demain le phénomène d'aujourd'hui ne sera plus le même, s'il était possible de croire qu'une propriété constatée dans un être vivant ne se montrera plus demain, la physiologie serait-elle une science digne de ce nom ? C'est ainsi que Claude Bernard s'est trouvé conduit à formuler les règles de ce qu'il appelle le déterminisme des actes physiologiques, et comment il a fait de cette méthode de recherches, le lien de toutes ses conceptions scientifiques.

« On entend des médecins, dit Claude Bernard, qui raisonnent comme si les exceptions étaient nécessaires : ils semblent croire qu'il existe une puissance qui peut arbitrairement empêcher que les choses se passent toujours de la même manière, de sorte que les exceptions seraient les conséquences de cette puissance mystérieuse. L'exception est un terme antiscientifique ; ce qu'on appelle ainsi n'est qu'un phénomène dont une ou plusieurs conditions sont inconnues. Si ces conditions étaient connues et déterminées, il n'y aurait point d'exception, pas plus en médecine que dans toute autre science. »

Cet axiome que les mêmes causes, dans les mêmes circonstances, produisent toujours les mêmes effets, il s'applique à démontrer qu'il est d'une égale évidence dans l'ordre des sciences physiques et dans l'ordre des sciences biologiques. Tout phénomène vital, de même que tout phénomène physique, est invariablement déterminé par les conditions qui lui permettent ou l'empêchent d'apparaître. Le véritable objet de la science consiste donc à acquérir la connaissance de ces conditions, à la fois déterminantes et invariables, à l'aide desquelles un phénomène se réalise nécessairement, et sans lesquelles il ne se produirait pas, et ces conditions étant celles de la certitude scientifique, la philosophie de la méthode expérimentale peut se résumer d'un mot : le déterminisme.

Un jour, Claude Bernard discutait avec M. Magendie sur le suc pancréatique. « La matière organique de ce liquide est de l'albumine, car il se coagule par la chaleur, disait Magendie. — Ce liquide se coagule par la chaleur, disait Bernard, mais la matière organique qu'il contient n'est pas de l'albumine, elle a d'autres caractères et mérite un nom particulier. » M. Magendie ne tarda pas à se rendre. « Je conviens que j'ai tort, dit-il ; si j'avais dit simplement, le suc pancréatique est un liquide coagulable par la chaleur, je serais inattaquable. » Claude Bernard aimait à rappeler ce souvenir.

Le déterminisme a fait beaucoup de bruit, il en fait encore. L'expression pourtant n'est pas nouvelle, non qu'elle appartienne à Leibnitz, comme on l'a dit, mais on la rencontre souvent dans les successeurs de Kant, avec une signification, toutefois, qui n'est pas la même, ainsi que l'a si justement fait observer M. Dechambre. Claude Bernard, avec la netteté de l'esprit français, écarte les causes éloignées plus ou moins saisissables, et tout cet entraînement des causes intermédiaires au milieu desquelles il est si facile de se perdre, pour s'attacher à la cause déterminante seule, à la cause vraiment prochaine, de telle sorte que le phénomène qui est cause et le phénomène causé se trouvent dans une dépendance immédiate et nécessaire l'un de l'autre.

Cette doctrine sur laquelle il s'est complaisamment étendu dans ses livres et dans son enseignement, Claude Bernard s'est toujours efforcé de lui conserver le caractère d'une méthode circonscrite dans la sphère des réalités tangibles. A diverses reprises il s'est défendu d'avoir voulu donner plus d'étendue à sa pensée, et d'avoir cherché, en transportant sa méthode dans le domaine de la conscience, à lui imprimer les allures d'une doctrine philosophique complète. Claude Bernard sentait bien que, poussé dans ses conséquences logiques, le déterminisme des philosophes, se heurte inévitablement au problème de la liberté pour verser dans le fatalisme.

Il en est, il est vrai, qui voudraient faire de la psychologie un simple chapitre de la physiologie, mais leur démonstration n'est pas faite. En substituant la méthode expérimentale à la méditation solitaire et personnelle, a-t-on changé le fond des choses ? évidemment non. L'un des représentants les plus éminents de l'école philosophique anglaise de nos jours, M. Herbert Spencer, qui a tenté, chacun le sait, de faire rentrer la physiologie dans la psychologie, reconnaît lui-même qu'il y a deux psychologies : l'objective, c'est-à-dire la physiologie nerveuse, et la subjective, ou la psychologie des philosophes ; et il ajoute : « Je me sers de ses propres expressions, « cette dernière est radicalement distincte du sujet de la biologie. » Nul en effet, n'a encore découvert le lien qui rattache la sensibilité à la volonté, et le jour où l'on pénétrerait le mystère de cette transformation, serait sans contredit l'un des plus grands dans l'histoire de l'esprit humain.

Au point de départ de toutes les sciences, on rencontre certaines propositions qui, pour n'avoir jamais été démontrées, n'en sont pas moins le fondement nécessaire. Les vérités de l'ordre mathématique supposent un petit nombre d'affirmations premières ou d'axiomes irréductibles, et dans le monde physique lui-même, l'admirable ensemble des lois naturelles repose tout entier sur les vibrations invisibles d'une insaisissable matière.

De même, dans la fière et aventureuse poursuite de l'esprit humain à la recherche des vérités premières, ce qu'on appelle dans le langage de l'école, les postulats d'Aristote, sont et resteront le fond même de la métaphysique. Il est de faciles esprits qui font le tour des choses et qui croient ainsi les connaître, mais, il faut bien en convenir, un mouvement n'est rien de plus que quelque chose qui se meut, et ce quelque chose nous ne pouvons l'atteindre.

Si Claude Bernard se meut avec confiance dans ce domaine du relatif, dont la raison humaine a tracé elle-même les limites, il ne s'aventure guère hors de ses frontières. Non qu'il soit indifférent pour tout ce que n'atteint pas l'expérimentation, mais parce qu'il l'a dit lui-même, « les questions de cet ordre n'ont pas de place en physiologie. »

C'est parce qu'il ne s'engage pas volontiers sur le terrain de la spéculation pure, qu'on l'a quelquefois classé parmi les disciples, chaque jour moins nombreux, de cette philosophie indifférente, qui ignore volontairement tout ce qui n'est susceptible ni de constatation ni de mesure. Mais à moins de nier résolûment tout ce qu'on ne peut ni voir ni toucher, ce qu'ont toujours évité de faire les adeptes les plus qualifiés du positivisme, il faut bien admettre un domaine réservé inaccessible aux méthodes expérimentales des sciences objectives. Le savant est semblable au navigateur : à mesure qu'il avance à la recherche de l'inconnu, l'impénétrable horizon se referme sans cesse devant lui. Sans doute on peut déclarer inaccessible toute autre réalité que la réalité sensible, mais c'est en vain qu'on prétend imposer pour limites à l'ensemble des choses les servitudes de notre sensibilité. Si personne n'a vu le pur esprit, personne n'a vu la pure matière. « Il importe, a dit Claude Bernard, de séparer la physiologie des grands problèmes qui tourmentent l'esprit humain ; leur étude relève de méthodes absolument différentes » ; et sur un fragment manuscrit écrit de sa main, nous lisons encore : « La science ne saurait rien supprimer ; le sentiment n'abdiquera jamais : il sera toujours le premier moteur des actes humains ».

A notre tour nous dirons : L'intervention du surnaturel dans l'ordre si admirablement réglé des réalités tangibles n'est qu'une conception primitive et provisoire qui disparaît peu à peu à mesure que l'humanité s'instruit et s'éclaire. Quant à l'idéal, qu'il ne faut pas confondre avec le surnaturel, il n'a de place nulle part dans la nature, et cependant il gouverne le monde : il est l'infiniment grand et l'infiniment petit, aussi insondable l'un que l'autre ; il est l'infini de la durée, que nous ne pouvons concevoir qu'en l'ajustant à la mesure de notre vie, et à la longueur de nos jours ; il est le sentiment de la mesure, de la proportion et de l'harmonie, c'est lui qui inspire les chefs-d'œuvre de l'art ; il est l'amour, cet immortel magicien, qui égare aussi bien la raison du philosophe que l'imagination du poète ; il est ce que la nature humaine comprend, sent, admire et aime par-dessus tout, il est le dévouement et le sacrifice ; c'est par l'idéal que notre espèce s'élève au-dessus de l'ensemble des êtres qui l'entourent, hiérarchie farouche et sans pitié, où la lutte pour la vie ne désarme jamais, aristocratie sauvage qui ne reconnaît d'autre loi que la force.

La meilleure part de son existence, Claude Bernard l'a passée dans son laboratoire, dans l'intimité de ses élèves et de ses amis.

Sa vie intérieure est restée cachée à tous les yeux; mais on a pu deviner qu'elle avait été traversée par des épreuves morales, et qu'à ses souffrances physiques sont venues s'ajouter plus d'une fois des préoccupations douloureuses.

Claude Bernard portait sur son visage ce reflet particulier que donne le travail constant de la pensée. La maladie grave qu'il avait traversée avait encore accentué la sévérité de ses traits. Dans les habitudes ordinaires de la vie, il se montrait le plus facile et le plus bienveillant des hommes. Les jouissances vulgaires ne l'ont jamais tenté : il n'a point connu cette maladie du siècle qui fait tant de victimes. Celui qui remplissait le monde de son nom menait l'existence la plus modeste et presque la plus étroite; son ambition était plus haute : il avait la passion de la gloire.

Vers la fin de l'année 1877, il avait commencé à Saint-Julien une première série de recherches sur les fermentations; à son retour il les avait continuées quelque temps au Collège de France; il se proposait de les poursuivre encore : sa santé ne le lui permit pas

Ce travail, qui devait rester inachevé, était le sujet constant de ses méditations; il en parlait souvent : « J'ai fait de belles choses ces vacances, disait-il à l'un de ses élèves, vous verrez. » A l'autre il disait : « Je puis maintenant faire des synthèses partielles » Comme il sentait ses forces décliner : « C'est dommage, disait-il encore, c'eût été bien finir ». Ce furent presque ses dernières paroles. Dès les premiers jours du mois de février 1878 son état s'aggrava subitement, et le 10 du même mois, vers le matin, il rendait le dernier soupir.

Ainsi disparut à l'âge de soixante-quatre ans le grand physiologiste dont le nom restera inscrit parmi les plus grands noms dont la France s'honore. Sa mort fut un deuil public Certes il vécut assez pour sa gloire et pour la nôtre. Mais, que n'était-il permis d'espérer encore ? Dans la pensée du vrai savant, que de choses auxquelles il rêve toujours et dont il ne parle jamais?

Ce puissant esprit a marqué notre science d'une empreinte que rien n'effacera. Il a exercé et il exercera sur la médecine, sur ses méthodes, sur ses progrès, et jusque sur son langage, une influence qui ne fera que grandir. « Nous vivons dans un temps où il est bon de vivre quand on s'intéresse aux choses de la médecine », disait dernièrement à l'ouverture du cours de pathologie générale un de nos plus éminents collègues de la Faculté Quel éloquent hommage, Messieurs, pour la mémoire de Claude Bernard.

Depuis le premier jour jusqu'au dernier il a été dominé par une seule et unique passion Toujours en quête de voies nouvelles, sans cesse poussé en avant par cette flamme intérieure qui inspire et qui éclaire, à peine avait-il touché un but qu'il voulait en atteindre un autre. Volontiers, il eût répété ces vaillantes paroles de Lessing : « Si on me donnait à choisir entre la possession et la recherche de la vérité, je choisirai la recherche. »

Sans doute, les chemins qui conduisent à la vérité sont longs et difficiles; mais, confiante dans la sûreté de ses méthodes, la science a le pressentiment que l'avenir lui appartient; elle est patiente, car elle a le temps pour elle. Un siècle à peine nous sépare de l'époque mémorable où s'est ouverte la voie féconde qu'elle parcourt aujourd'hui, et les découvertes ne cessent de succéder aux découvertes; tout progrès accompli enfante un progrès nouveau, et chaque jour voit éclore d'éclatantes merveilles Domptées et disciplinées par le génie de l'homme, les forces aveugles de la nature ont été mises au service de la raison; les germes de mort qui nous entourent et nous pénètrent sont devenus des germes de vie; éclairée par la science, défendue et protégée par elle, la vie de l'homme devient plus longue, plus douce, plus heureuse; la loi se fait plus juste et plus humaine; la science est l'âme même du corps social.

Mort du professeur Henle.

Dans notre dernier numéro nous avons annoncé la mort de M. HENLE, professeur d'anatomie normale et topographique, à Göttingen (depuis 1852); très connu comme anatomiste et histologiste, il était, de plus, anatomo-pathologiste: dans ces derniers temps il donnait encore avec M. Schiefferdecker un cours d'autopsies Né à Fürth en Franconie, en 1809, il fit ses études à Heidelberg et à Bonn. Assistant et prosecteur de Jean Muller à la faculté de Berlin, il fut condamné à l'emprisonnement comme affilié aux *Burschenschaften*, et ne fut nommé qu'en 1837, Privat Docent à l'université de Berlin, où il enseigna la pathologie générale et l'histologie normale. En 1840, il occupa à Zurich la chaire d'anatomie et de physiologie, puis il fut appelé à Heidelberg 1844-52. Nous citerons parmi ses nombreux ouvrages les travaux suivants : *Symbolæ ad anatomiam villorum intestinalium, imprimis eorum epithelii et vasorum lacteorum*, Berlin, 1837; — *Ueber Schleim-u. Eiterbildung u. ihr Verhaltniss zur Oberhaut*, Berlin, 1838; — *Pathol. Untersuchungen*, Berlin, 1840; (avec Kölliker) *Ueber die Pacinischen Korperchen an der Nerven des Menschen u. der Saugethiere*, Zurich, 1844; *Handbuch der rationnellen Pathologie*, Brunswick, 1846-1853 : — *Handbuch der systematischen Anatomie d. Menschen*, Brunswick, — *Zur anatomie der Niere*, Gottingen, 1862; — *Anat. Hand-Atlas zur Gebrauch im Secirsaal*, 1874-77, — *Grundriss der Anat. d. Menschen* mit Atlas, 1880; — *Zur Anat. d. Crystallinse*, 1878; — *Anthropolog. Vortrage*, 1876-80; — *Ueber d. Errothen*. Breslau, 1882. — M. Henle a de plus collaboré à un grand nombre de journaux; son influence scientifique s'est fait sentir jusqu'au delà des frontières d'Allemagne et surtout en France. Nous regrettons ne pouvoir donner ici plus d'étendue à cette notice biographique. Nos lecteurs ont du reste pendant le cours de leurs études appris à connaître et à apprécier les travaux de M. Henle.

Un fou.

Un tragique événement vient de se produire à l'asile des aliénés de Selon, près Dinan, tenu par les frères Saint-Jean-de-Dieu. Un fou du département des Cotes-du-Nord, le sieur Trévily, menuisier, s'est élancé, sans aucun motif, sur le frère Anatole et lui a brisé le crane avec les lourds sabots dont il était chaussé. Le frère Philibert, chef cuisinier, accourut pour porter secours à son malheureux ami. — Un autre aliéné, nommé Bussière, de Lyon, ancien garçon de café, se précipita vers le nouveau venu et le frappa [illegible] à coups de sabots au visage, puis les deux aliénés, qui avaient complété ce méfait, prirent la fuite dans le vaste enclos de l'établissement et se dirigèrent vers la demeure de M. le docteur Barbe, médecin de l'établissement, avec l'intention de le tuer, suppose-t-on. Des frères et des domestiques, notamment un sieur Leboil, ancien professeur de gymnastique, se mirent à leur poursuite. « N'approche pas, ou tu es mort, » cria Bussière. Leboil, s'élançant courageusement vers l'aliéné, parvint à lui lier les mains, puis il arrêta aussi Trévily. Le frère Anatole est mort après douze heures d'agonie. C'était un ancien brigadier de gendarmerie, âgé de soixante-deux ans. On espère sauver le frère Philibert, qui avait [illegible], mais dont le crane n'est pas fracturé. Trévily avait [illegible] sa femme et failli tuer sa tante avant d'être placé dans la maison des aliénés; cependant, comme depuis son [illegible], il y a plusieurs années, il avait [illegible] tranquille, on le considérait comme à peu près guéri. (*Echo de Paris*, 5 juin 1885.)

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 8. — 2e *de Doctorat* (N. R., 1re partie), oral : MM. Béclard, Farabeuf, Remy. — 3e *de Doctorat* (N. R., 1re partie), oral : MM. Trélat, Fournier, Ribemont-Dessaignes. — 3e *de Doctorat* (A. R.) : MM. Gautier, Gariel, Blanchard. — 4e *de Doctorat* : MM. Vulpian, Hayem, Renaut. — 5e *de Doctorat* (N. R., 1re partie) (Hotel-Dieu). 1re *Série* : MM. Verneuil, Terrier, Reclus. — 2e *Série* : MM. Guyon, Lannelongue, Pinard. — 5e *de Doctorat* (N. R., 2e partie) Hotel-Dieu : MM. Charcot, Potain, A. Robin.

MARDI 9. — 2e *de Doctorat* (A. R.) oral. 1re *Série* : MM. Le Fort, Jaccoud, Hanot. — 2e *de Doctorat* (A. R.) oral : MM. Peter, Landouzy, Campenon. — 5e *de Doctorat* (N. R., 2e partie) (Charité) : MM. G. Sée, Cornil, Hayem. — 5e *de Doctorat* (A. R.) (Charité) 1re *Série* : MM. Laboulbène, Panas, Charpentier. — 2e *Série* : MM. Pajot, Richet, Raymond.

MERCREDI 10. — 2e *de Doctorat* (N. R., 1re partie), oral : MM. Béclard, Fernier, [illegible]. — 3e *de Doctorat* (A. R.) : MM. Regnauld, Gariel, Bouchard. — 5e *de Doctorat* (N. R., 1re partie) (Charité) : MM. Trélat, Lannelongue, Ribemont-Dessaignes. — 5e *de Doctorat* (N. R., 2e partie) [illegible] : MM. Potain, Damaschino, Straus. — 5e *de Doctorat* (N. R., 1re partie) (Hotel-Dieu) : MM. [illegible]. — [illegible] (A. R.) (Hotel-Dieu) : MM. [illegible].

JEUDI 11. — [illegible] *de Doctorat* (N. R., [illegible] partie) 1re *Série* : MM. Hardy, [illegible]. — 2e *Série* : MM. G. Sée, Vulpian, [illegible]. — 3e *Série* : MM. [illegible]. — 4e *de Doctorat*, 1re *Série* : MM. Jaccoud, [illegible]. — 2e *Série* : MM. [illegible], Hanot. — [illegible] *Série* : MM. [illegible], Laboulbène, Trousseau.

VENDREDI 12. — [illegible] *de Doctorat* (N. R., 2e partie), 1re *Série* : MM. Béclard, [illegible]. — [illegible], Renaut. — [illegible] *de Doctorat* (A. R.) [illegible] : MM. Gariel, Lutz, Grehant. — 2e *Série* : MM. [illegible], Blanchard. — 5e *de Doctorat* (N. R., 1re partie) [illegible] : MM. Tarnier, [illegible], Kirmisson. — [illegible] *de Doctorat* (A. R.) [illegible] 1re *Série* : MM. [illegible]. — [illegible] : MM. Trélat, Pinard, Ribemont-Dessaignes.

SAMEDI 13. — [illegible] *de Doctorat* (N. R., [illegible] partie) : MM. Bouchard, Peter, Hanot. — [illegible] *de Doctorat* : MM. [illegible], Landouzy, Quinquaud. — 5e *de Doctorat* (N. R., 1re partie) [illegible] : MM. [illegible], Panas, [illegible]. — 5e *de Doctorat* (A. R.) [illegible] : MM. Hardy, Duplay, Charpentier. — 5e *de Doctorat* (N. R., 1re partie) (Hotel-Dieu) : MM. Richet, Le Fort, Bouilly. — 5e *de Doctorat* (N. R., 2e partie) (Hotel-Dieu) : MM. [illegible], Cornil, Deboye.

Enseignement médical libre.

Maladies des voies urinaires. — Le Dr H. PICARD commencera le lundi 8 juin, à 5 heures, amphithéâtre n° 4 de l'École Pratique, rue de l'École de médecine, un cours public sur les maladies des voies urinaires et le continuera les vendredis et lundis suivants à la même heure.

FORMULES

14. Cocaïne (1).

Retiré pour la première fois des feuilles de coca par Niemann, en 1859, cet alcaloïde se présente sous forme d'aiguilles blanches, incolores, de saveur un peu amère, peu soluble.

Le chlorhydrate de cocaïne est d'un blanc sale ; il cristallise en aiguilles rhomboédriques, et est très soluble dans l'eau. Anesthésique local.

Principaux effets physiologiques. — Dilatation des pupilles par paralysie des filets du grand sympathique (Berthold), élévation de la température à faible dose, abaissement à forte dose et à dose toxique (minimum ou maximum de température 1 1/2 après l'injection (Nègre) ; augmentation du pouls ; augmentation des mouvements respiratoires et irrégularité consécutive ; abaissement suivi bientôt d'une augmentation de la pression sanguine (Laborde). Vertiges (2 à 10 centigr.) (Meyer et Bardet) ; des expériences faites sur les animaux (voie sous-cutanée ou intra-veineuse) ont établi que la cocaïne produit à doses élevées de l'hyperexcitabilité, des convulsions épileptiformes (action sur le cerveau et la moelle) ; une analgésie générale et de la mydriase (Moreno y Maiz, Rondeau et Glay, Laborde, Vulpian, etc.). Selon M. Berthold, il y aurait analogie d'action entre la cocaïne et l'atropine : l'injection de 4 à 5 centigr. de chlorhydrate de cocaïne dans la veine jugulaire d'un animal produirait une diminution considérable de la pression sanguine, sans élévation préalable (2). — Élimination par les reins.

Chlorhydrate de cocaïne . . .	4 gr.
Eau distillée	100 gr.

CROSTON (1884).

Une injection de 4 gouttes à intervalles de 3 à 5 minutes autour d'une tumeur de la face. La première injection aurait été seule douloureuse. L'opération de la tumeur a été commencée après la troisième injection et a été terminée environ en 10 minutes.

Depuis, plusieurs médecins ont employé hypodermiquement les solutions de cocaïne dans les mêmes cas, entre autres MM. Hall, Halsted, Ceci (sol. 5 0/0) (1885), etc.

On aurait observé, selon M. Dujardin-Beaumetz, à la suite des injections hypodermiques de cocaïne pratiquées sur des personnes dans la position verticale, des accidents vertigineux, des syncopes et des illusions sensorielles avec excitation cérébrale.

MM. Morselli et Buccola (*Bulletin général de thérapeutique*, 30 avril 1885), auraient, à la Clinique de psychiatrie de Turin soumis (un à deux mois), à un traitement systématique, des malades atteints de mélancolie. Les doses injectées étaient de 2 1/2 à 10 milligr. de cocaïne (dilatation pupillaire (3), élévation de la température, parfois de 1°,2, accélération de la respiration et du pouls). Ils auraient constaté, à la suite de ce traitement, une amélioration très notable.

Chlorhydrade de cocaïne . . .	1 gr.
Eau distillée	100 gr.

NÈGRE.

La piqûre et l'injection ont été absolument indolores. Après 2 à 3 heures on noterait de la douleur et de la rougeur coïncidant avec un léger empatement (Nègre), jamais d'abcès, ni de véritable inflammation.

Il résulterait des expériences de M. Nègre qu'à la suite des injections hypodermiques chez l'homme faites à la face dorsale de l'avant-bras, que l'anesthésie est constante au niveau de l'injection et s'étend dans la plupart des cas sur un espace elliptique dont le point piqué est le foyer supérieur. L'anesthésie durerait environ 10 minutes ; elle diminue progressivement en haut et en bas, mais surtout en bas (4).

M. Da Costa (*Medical News*, 13 décembre 1884), avait déjà noté, après l'injection hypodermique de quelques centigr. et même de quelques milligr. de cocaïne, la diminution de la sensibilité au niveau et autour du lieu de l'injection ; il avait remarqué que cette diminution était de peu d'importance. Il n'aurait retiré aucun bénéfice des injections sous-cutanées dans le traitement des névralgies.

MM. Hall, Nash, Cortwright (sol. 20 à 30 0/0) (*Lancet*, 20 déc. 1884) ont employé le chlorhydrate de cocaïne en injections hypodermiques sous-muqueuses pour l'extraction des dents. Selon M. Brasseur, le chlorhydrate de cocaïne en injections sous-muqueuses n'aurait encore donné que des résultats douteux en odontologie.

Le Dr Franchotte aurait fait sur lui-même et sur une autre personne usage d'injections hypodermiques de cocaïne (sol. 2 0/0) pour combattre la migraine ; il aurait éprouvé, cinq minutes après l'injection (2 centigr.) une sensation de bien-être et obtenu la suppression de la douleur hémi-crânienne, mais la migraine reparut ensuite, toutefois très atténuée (*Annales de la Société de médecine d'Anvers*, mars 1885.

Le chlorhydrate de cocaïne a encore été associé à la *morphine* (Rusconi) et au *sublimé* (Plevavi).

(1) Pour la cocaïne comme pour l'antipyrine et la kairine, il est impossible de citer dans un manuel le nombre considérable de travaux auxquels ont donné lieu ces différents produits.

(2) Comme pour beaucoup d'autres corps les effets physiologiques de la cocaïne sont encore sujet à des assertions contradictoires sur lesquels nous n'avons pas à nous arrêter.

(3) Selon M. Livierato (de Gênes) les injections hypodermiques ne produiraient pas de mydriase.

(4) Nègre : *Etude sur le chlorhydrate de cocaïne*, thèse de Montpellier. 1885.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 24 mai au samedi 30 mai 1885, les naissances ont été au nombre de 1145, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 436, illégitimes, 146. Total, 582. — *Sexe féminin* : légitimes, 407 ; illégitimes, 156. Total, 563.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 24 mai au samedi 30 mai 1885, les décès ont été au nombre de 1074, savoir : 585 hommes et 489 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes. Fièvre typhoïde : M. 8 F. 12. T. 20. Variole : M. 3 F. 3 T. 6. — Rougeole M. 26, F. 18, T. 44. — Scarlatine : M. 2 F. 2 T. 4. — Coqueluche : M. 5, F. 4 T. 9. — Diphthérie, Croup. M. 23, F. 13, T. 36 — Dyssenterie : M. .. F. .. T. .. — Erysipèle : M. 4, F. 1, T. 5. — Infections puerpérales : 1 — Autres affections épidémiques : M. .. F. .. T. .. — Méningite tuberculeuse et aiguë : M. 34 F. 24, T. 58. — Phthisie pulmonaire : M. 105, F. 73 T. 178. — Autres tuberculoses : M. 16, F. 11. T. 27. — Autres affections générales : M. 22. F. 29 T. 51. — Malformations et débilité des âges extrêmes : M. 34. F. 32. T. 66. — Bronchite aiguë : M. 10 F. 11. T. 21. — Pneumonie : M. 50, F. 46. T. 96 — Athrepsie : M. 27. F. 29 T. 56. — Autres maladies des divers appareils : M. 193. F. 172, T. 365. — Après traumatisme : M. .. F. .. T. .. — Morts violentes : M. 17, F. 5. T. 22. — Causes non classées M 6 F. 3. T 8.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 100 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 41 ; illégitimes, 20. Total : 61. — *Sexe féminin* : légitimes, 31 ; illégitimes, 8. Total : 39.

CONCOURS DU BUREAU CENTRAL (*Médecine*). — Ont été déclarés admissibles aux deux dernières épreuves : MM. Barié, Brocq, Chantemesse, Juhel-Renoy, Ledoux-Lebard, Lorey, Dreyfus, Jean, Renaud, Hip. Hirtz.

CONCOURS DU BUREAU CENTRAL (*Médecine*, 12 juin). — Le jury se compose de MM. Potain, Mauriac, Raymond, Cornil, Blachez, Gingeot, Gosselin. — Les chirurgiens désignés par le sort pour remplacer M. Gosselin, s'il y a lieu, sont MM. Lannelongue et Desormeaux. Les médecins désignés comme remplaçants sont MM. Liouville, Empis et Laboulbène.

CONCOURS DU BUREAU CENTRAL (*Chirurgie*). — Le jury est définitivement composé de MM. Le Dentu, Tillaux, Terrier, Duplay, Humbert, Bucquoy, Berger.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — Par arrêté en date du 28 mai dernier, la chaire de clinique externe de cette faculté est déclarée vacante. Un délai de vingt jours est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

MÉDECIN CONSEILLER MUNICIPAL. — M. le Dr BLANC-AILLAUD a été élu conseiller municipal de la ville de Marseille.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS DES BOUCHES-DU-RHÔNE. — *Concours pour l'admission de deux élèves internes en médecine.* Le vendredi 10 juillet 1885, à 9 heures du matin, il sera ouvert un concours public pour la nomination de deux élèves internes en médecine, l'un à l'asile public d'aliénés de Marseille, l'autre à l'asile d'Aix.

COURS D'HYGIÈNE. — *Visites aux établissements publics ou privés.* Les visites, faites sous la direction de M. Landouzy, continueront dans l'ordre suivant : Dimanche 7 juin, 10 heures : visite de l'imprimerie Chaix, 20, rue Bergère : *pare-engrenages* ; *désembrayage instantané* ; *précautions contre les accidents de*

machines. Vendredi matin, 12 juin : visite aux abattoirs de la Villette : *abattage des animaux, examen, saisies et détérioration des viandes malsaines.*

CHOLÉRA. — Le choléra continue à sévir dans la province de Valence (Espagne), les cas paraissent assez nombreux. Mais il est difficile de se faire une idée exacte de la marche de l'épidémie ; le gouvernement de l'éteignoir clérical, sous la domination duquel se trouve actuellement la malheureuse Espagne, ne fournit en effet aucun renseignement. Nous parlerons prochainement des essais d'inoculation du Dr Ferran. On annonce l'apparition du choléra dans la province d'Alicante.

LE COURRIER FRANÇAIS. — Le numéro du *Courrier Français* du 31 mai donne une splendide double page : Effet de Lune, de G. Lorin; une magnifique gravure sur bois : le Mauvais Larron, de A. Willette et une page fantaisie militaire : Une Journée bien remplie, de H. de Sta. — Prix du numéro : 20 centimes. — Rappelons que le numéro spécial sur **la Charité**, numéro de 50 pages avec 4 grandes doubles pages en couleur, est adressé *franco* contre 2 fr. 50 timbres ou mandat adressé au *Courrier français*, 14, rue Séguier, à Paris. — Abonnements : six mois. 6 fr.; un an, 10 fr. Les nouveaux abonnés recevront comme prime le numéro sur *la Charité* et celui des *Incohérents*.

HERBORISATION. — M. CHATIN, professeur de botanique à l'Ecole supérieure de Pharmacie de Paris, fera une herborisation publique le dimanche 7 juin, dans les bois de Saint-Germain. Le départ s'effectuera de la gare Saint-Lazare à 11 h. 1/2, pour la station du Pecq.

HERBORISATION. — M. BUREAU, professeur de botanique au Muséum d'histoire naturelle, fera sa prochaine herborisation le 7 juin 1885, à l'Isle Adam. Rendez-vous à Valmondois, à l'arrivée du train partant de Paris, gare du Nord, à 7 heures 55. S'inscrire au Muséum, galerie des herbiers, de 1 heure à 4 heures. Les inscriptions seront reçues jusqu'au vendredi 5, inclusivement.

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Ont été promus au grade de médecin-inspecteur général : M. le médecin-inspecteur DIDIOT (Pierre Augustin), directeur du service de santé au ministère de la guerre, en remplacement de M. LEGOUEST, admis dans la section de réserve; au grade de médecin-inspecteur : M. le médecin principal de 1re classe VILLEMIN (Jean-Antoine), sous-directeur de l'école de médecine et de pharmacie militaire, en remplacement de M. Didiot, notre collègue; par décision du 28 mai, est chargé pour 1885 de l'inspection générale du service de santé du 1er groupe. M. Didiot est nommé président du comité consultatif de santé. en remplacement de M. Legouest. — M. le médecin inspecteur BAUDOUIN est nommé directeur de la direction du service de santé au ministère de la guerre, en remplacement de M. Didiot.

RÉCOMPENSES HONORIFIQUES. — Des médailles d'argent ont été décernées aux Drs Glo de Besse, médecin des épidémies à Montfaucon, Pouzols (de Monistial sur Loire), qui se sont distingués au cours d'une épidémie de variole dans l'arrondissement d'Yssingeaux en 1884.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE. — Séance du lundi 8 juin 1885, à 4 heures très précises, au Palais de Justice, dans la salle des Référés. — Ordre du jour : Rapport de la commission d'élection sur les titres des candidats aux places de membres titulaires. M. Danet, à quelles causes attribuer la fréquence des acquittements en cour d'assises, en matière d'attentat contre les personnes. M. Leblond, rapport sur le travail de M. Garnier, relatif à l'hermaphrodisme. Rapport de la commission de jurisprudence. Sur un cas de monomanie lubrique. Rapport par M. Trochon, avocat, membre correspondant. Consultation sur un cas de divorce.

PRÉCAUTIONS CONTRE LE CHOLÉRA EN RUSSIE. — « Nous lisons dans le *Courrier russe*, qu'en raison des approches de l'été et avec lui du choléra, le département de la médecine au ministère de l'intérieur a fait représenter au ministre des voies de communication, qu'il était nécessaire d'organiser sur tous nos chemins de fer, pour tous les trains de voyageurs, des pharmacies volantes, pourvues d'un personnel déterminé de médecins et de gens de service. » (*Caucase*, 25 avril (7 mai) 1885).

HUILE DE NAPHTE ET CHOLÉRA. — Le *Caucase* (25 avril), les essais faits à Pétersbourg d'éclairage par le naphte, ajoute que d'après les recherches du professeur Dobroslavine, de l'académie médico-chirurgicale de Pétersbourg, *il est avéré que lors des épidémies de choléra, en Russie, on ne vit pas un seul cas de cette affection, d'une façon générale près des sources de naphte et en particulier dans les usines qui exploitent ce produit.* Aussi peut-on supposer que l'éclairage au naphte des habitations et des hôpitaux de la ville aiderait à empêcher une épidémie de choléra. »

NÉCROLOGIE. — M. le Dr Paul OUDINÉ (de Barbonne). — Le Dr R.-J. LAGAE, décédé à Reims. — Le Dr Josat (de Paris), âgé de 77 ans. — Le Dr BARDET (de Dreux). — Le Dr ELLASLIE WALLACE, professeur d'obstétrique au Jefferson medical Collège. — Professeur JUAN TEXIDOR Y COS, de l'université de Barcelone. — M. NOEL GUÉNEAU DE MUSSY vient de mourir à la suite d'une longue maladie. Ses principaux ouvrages sont: *clinique médicale* (4 vol.), 1874-85; — *Recherches historiques et Critiques sur l'étiologie et la prophylaxie de la fièvre typhoïde*, Paris, 1877; — *Etudes cliniques sur la coqueluche*, 1875 ; — *Meeting de la British medical association à Cork en* 1879; — *Etude sur la transmission des sons à travers les liquides endo-pleurétiques*, 1876. Il a de plus publié une traduction de Murchison.

Chronique des hôpitaux.

Hôpital Tenon. — *Médecins* : MM. MOUTARD-MARTIN, visite à 9 heures; pas de consultation ; DANLOS ; visite à 9 heures; pas de consultation ; TROISIER, visite à 9 heures; consultation le mercredi ; GAILLARD-LACOMBE, visite à 9 heures; consultation le vendredi ; DREYFUS-BRISSAC, visite à 9 heures; consultation le samedi ; HANOT, visite à 9 heures; consultation le jeudi ; LANDOUZY, visite à 9 heures; consultations le mardi; STRAUSS, visite à 9 heures, consultation le lundi. — *Chirurgiens* : MM. GILLETTE, visite à 9 heures, consultation : mardi, jeudi, samedi. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, visite à 9 heures; consultations, le lundi, mercredi, vendredi. — *Accoucheur* : M. MAYGRIER, consultations lundi et jeudi.

Service de M. MOUTARD-MARTIN. — Salle Parrot (H.) : 1, pneumonie ; 2, saturnisme ; 3, tétanos ; 12, congestion pulmonaire ; 14, ulcère d'estomac ; 18, insuffisance mitrale ; 21, hémiplégie droite ; 24, tuberculose laryngée et linguale ; 28, rétrécissement mitral; 30, asthme ; 32, érysipèle de la face. — Salle Lorain : 2, rétrécissement et insuffisance mitrales ; 6, pleurésie aiguë ; 7, paralysie générale ; 8, rhumatisme blennorrhagique ; 11, pleurésie ; 13, pleurésie générale; 14, mal de Bright; 17, emphysème pulmonaire ; 20, insuffisance et rétrécissement mitral; 22, hémiplégie droite ; 23, rhumatisme aigu, 32, cirrhose. — Salle Maurice Raymond (F.) : 7, carcinome utérin ; 9, ramollissement cérébral ; 11, fièvre typhoïde ; 22, tuberculose pulmonaire; 15, périmétrite ; 19, tuberculose pulmonaire ; 20, kyste lymphatique du foie ; 31, rétroversion utérine ; 32, bronchite.

Service de M. DANLOS. — Salle Pidoux (H.) : 4, insuffisance et rétrécissement mitral; 8, sclérose en plaques ; 24, pleurésie purulente, pyo-pneumothorax. — Salle Cuveilhier (F.) : tumeur cérébrale. syphilis ; 18, pyélo-néphrite ; 13, carcinome de l'estomac ; 21, bronchite chronique, asystolie ; 32, néphrite gravidique.

Service de M. GAILLARD-LACOMBE. — Salle Barth (H.) : 3, anévrysme de la crosse de l'aorte; 11, insuffisance mitrale ; 16, péricardite aiguë ; 19, insuffisance mitrale, rétrécissement aortique ; 22, anévrysme de l'aorte abdominale ; 23, purpura rhumatismal. — Salle Convenhel (F.) : 10, péritonite tuberculeuse ; 13, fluxion de poitrine ; 14, insuffisance mitrale ; 23, empoisonnement par l'acide nitrique, rétrécissement de l'œsophage.

Service de M. DREYFUS-BRISSAC. — Salle Gérando (H.) : 1, ataxie; alcoolisme, 4, colique de plomb, 11, néphrite aiguë ; 17, cancer de l'estomac ; 20, paralysie générale ; 24, colique de plomb. 25, alcoolisme. — Salle Rayer (F.) : 6, pleurésie aiguë ; 10, rhumatisme aigu, péricardite, pneumonie, 23, lithiase biliaire ; 24, métrite.

Service de M. TROISIER. — Salle Bichat (H.) : 1, pleurésie purulente, empyème ; 3, rhumatisme aigu ; 6, pleurésie sèche ; 11, rétrécissement mitral, rétrecissement aortique ; 12, tuberculose pulmonaire, monoplégie brachiale ; 13, rhumatisme aigu, pneumonie; 14, fièvre typhoïde ; 16, fièvre typhoïde; 19, pleurésie purulente, empyème ; 21, rhumatisme articulaire, insuffisance mitrale. — Salle Magendie (F.) : 1, chloro-anémie, 3, rhumatisme noueux ; 6, carcinome utérin ; 10, métrite ; 11, péritonite tuberculeuse ; 14, paraplégie hystérique ; 17, carcinome utérin ; 22, syphilis congénitale, atrophie du deltoïde consécutive à une fièvre typhoïde. — Salle Laënnec : 1, métrite ; 2, syphilis ; 6, rhumatisme articulaire; 9, bronchite chronique, emphysème ; 13, rétrécissement mitral, insuffisance et rétrécissement aortique ; 15, insuffisance mitrale, asystolie ; 16, néphrite ; 22, syphilis.

Service de M. GILLETTE. — Salle Ambroise Paré (F.) : 1, fracture de jambe : 5, phlegmon du ligament large ; 7, rétraction cicatricielle des doigts. — Salle Delmet : 1, phlegmon du bras ; 2, cancer du sein ; 5, abcès de la face iliaque ; 8, fracture sous-tro-

13e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. I. N° 24 BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 13 JUIN 1885.

Le Progrès Médical

CLINIQUE CHIRURGICALE

HÔPITAL DE LA CHARITÉ. — M. TRELAT.

De l'ostéomyélite sub-aigüe : nature, diagnostic, traitement (1) ;

Leçon recueillie par le Dr **Gérard MARCHANT**, chef de clinique.

Dans une de mes dernières leçons, je vous ai retracé l'histoire clinique et opératoire d'un jeune garçonnet atteint d'une ostéomyélite subaiguë du péroné : l'occasion de revenir sur ces faits m'est fournie aujourd'hui par un malade auquel nous avons pratiqué la résection de la tête humérale pour une ostéomyélite, de nature torpide et insidieuse.

Il s'agit, vous vous le rappelez, d'un jeune homme de 19 ans, habitant le Loiret et qui nous a été adressé par notre jeune collègue M. Bouilly : en 1882, ce malade fait une chute sur l'épaule et conserve pendant un an et demi de la douleur, de la raideur, suivies d'une série d'abcès, dans l'aisselle (Juillet 1883) dans la région sus-claviculaire (Juillet 1884). En nous basant sur l'augmentation de volume de la tête humérale mesurée au compas d'épaisseur, sur la suppuration, et les trajets fistuleux qui conduisaient sur la tête humérale dénudée mais résistante, tenant compte enfin de l'anchylose fibreuse, de l'âge du blessé, etc., je portai le diagnostic d'ostéomyélite consécutive à une arthrite traumatique ; diagnostic qui fut vérifié par la résection de la tête humérale.

Il existe entre ces deux cas, des analogies sur lesquelles je dois appeler votre attention : et d'abord nos deux malades n'ont pas 19 ans, notion importante, car ils sont tous les deux à l'âge du *développement osseux*.

La forme d'ostéomyélite qu'il nous ont présentée ne rentre dans aucune des deux variétés que vous connaissez : il ne s'agit ni de la forme aiguë, sidérante, désignée par Chassaignac sous le nom de *typhus des membres* : c'est encore moins *la forme prolongée* de MM. Lannelongue et Comby : nous sommes en présence de formes intermédiaires *sub-aiguës, insidieuses, torpides, latentes*.

On peut se demander si ces ostéomyélites de forme et de marche si diverses reconnaissent la même cause, le même processus générateur : il ne semble pas douteux que l'ostéomyélite typhique ne soit une maladie infectieuse, microbienne : mais dans les formes anciennes, prolongées, et même dans celles que je viens de vous décrire sous le nom *d'ostéomyélite insidieuse,* il est difficile d'admettre l'intoxication par *le staphylococcus aureus :* donc l'origine baccillaire de la forme grave, devient problématique dans la forme sub-aiguë.

Quel est donc le traitement que j'ai institué dans ces deux cas? J'ai procédé pas à pas, la curette à la main, me guidant sur les constatations objectives : le péroné était grossi, violacé : je l'ai attaqué avec la gouge, et évidé dans tous ses points ramollis. — Dans le cas de la résection de la tête humérale, j'ai sectionné, puis gratté le périoste qui se laissait enlever facilement : vous avez pu voir encore que l'os était violet, lie de vin, dans une étendue notable : les lèvres de la coulisse bicipitale étaient hyperostosées : dans le fond de cette vallée abrupte, à bords escarpés, était perdu le tendon du biceps. A côté de ces changements de coloration il faut noter la moindre résistance de l'os : en haut la tréphine pénétrait facilement, pendant que plus bas l'os offrait une résistance absolue : le diagnostic anatomique était dès lors établi : cet os était malade dans les points où il se laissait défoncer, où il était violet : c'est donc au-dessous de ces points, dans les parties saines (coloration, épaisseur, et résistance osseuse normales) que j'ai lié l'extrémité humérale. Une coupe de cette tête vous a montré tous les désordres classiques de l'ostéomyélite.

Ce ne sont pas là des opérations réglées : il faut marcher pas à pas, et ainsi l'indication opératoire peut être totalement remplie, qu'il s'agisse de curer un foyer d'osteomyélite, un abcès des os, ou d'enlever un petit séquestre.

Quels progrès accomplis dans ces derniers temps, dans la thérapeutique des affections osseuses : l'amputation du membre était il y a 40 ans, encore, le traitement des *nécroses* : cette thérapeutique avait pris naissance à la fin du siècle dernier. Plus tard on s'adressa aux séquestres dont on fit l'ablation précoce : que de petits séquestres pistés, suivis, découverts et enlevés dans ces 15 dernières années!... Mais quelle révolution nouvelle encore! nous avons franchi la période des amputations et celle de l'ablation des séquestres.., aujourd'hui nous portons un secours rapide aux *ostéomyélites aiguës*, et notre collègue Lannelongue a fait avec un réel succès cette thérapeutique opportune, efficace, rapide : il faut savoir l'appliquer aussi aux formes sub-aiguës de l'ostéomyélite sur lesquelles je viens d'appeler votre attention !

Laissons de côté ces questions doctrinales, et cherchons à faire le diagnostic de l'ostéomyélite torpide. Chez nos deux malades il existait *une atrophie notable des parties molles* du membre inférieur (ostéomyélite du péroné) et du bras (ostéomyélite de la tête humérale) : peu m'importe l'explication ; je note l'existence de cette atrophie, car elle a une valeur symptomatique.

L'augmentation du volume de l'os mesurée au compas d'épaisseur a aussi une grande importance : par la pression des parties molles on réduit à o la variante de l'épaisseur : et avec cet instrument pressant et précis, on a la certitude de n'avoir comme mensuration que l'augmentation de volume de l'os : elle était d'un centimètre chez notre malade atteint d'une ostéomyélite de la tête humérale. — Si j'insiste sur ces détails, c'est parce que nos deux malades offraient des difficultés de diagnostic : l'intervention opératoire ne paraissait pas pressante, et peut-être que d'autres chirurgiens auraient attendu de nouvelles indications. Et cependant ces opérations étaient absolument nécessaires : la dernière même a peut-être été tardive : voilà pourquoi il faut par une étude attentive des signes, arriver à la précision du diagnostic qui entraine une utilité opératoire.

(1) Voir le *Progrès médical*, n° 22.

Reportez-vous à quelques années en arrière : du temps de Gerdy, de Velpeau on aurait laissé ces malades tranquilles, ou ils auraient bénéficié d'autres moyens thérapeutiques tels que pois à cautères, etc.

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital des Enfants-Malades. — M. **A. JOFFROY**.

De la nature et du traitement de la chorée (1) ;

Leçon faite le 28 février 1885 ;

Résumée par **M. GILBERT**, interne des hôpitaux.

J'aborde maintenant, Messieurs, l'étude du traitement de la chorée. Je n'ai pas l'intention de vous faire une revue critique de toutes les médications proposées contre cette maladie. Je veux seulement, aux remarques cliniques précédentes, ajouter quelques observations thérapeutiques destinées à compléter l'histoire des choréiques que nous avons pu suivre dans ce service.

La médication employée chez tous ces malades a consisté, comme vous le savez, dans l'administration systématique du chloral, et chez quelques-uns, concurremment avec le chloral, de l'application du drap mouillé.

Le chloral est un des plus puissants et des plus précieux antinerveux que possède la thérapeutique. Et il devait venir de bonne heure à l'esprit des médecins d'en mettre à profit l'action calmante dans une maladie convulsive comme la chorée. Le chloral, en effet, a été indiqué chez les choréiques par beaucoup d'observations (Bouchut, Charcot, West, Cadet de Gassicourt, Dujardin-Beaumetz, etc.)

En 1879, dans ce même hôpital, j'ai déjà appliqué le chloral au traitement de la chorée, et particulièrement chez deux petits malades gravement atteints ; chez l'un d'eux il y avait menace d'ulcération par usure des téguments. Il n'est pas sans intérêt de rappeler comment j'ai administré le médicament. Je faisais donner un gramme de chloral chaque quart d'heure jusqu'à production du sommeil, et dès que l'enfant se réveillait, on administrait de nouveau un gramme du médicament. J'obtins de la sorte un sommeil qui n'était réellement interrompu que deux fois en 24 heures, juste le temps nécessaire aux deux repas. Après quatre jours dans un cas, cinq jours dans l'autre, je cessai l'administration du chloral n'osant prolonger plus longtemps ce profond et continuel sommeil. Chez aucun de ces deux malades, il ne s'est produit d'amélioration notable. Les auteurs qui, jusqu'à ce jour, ont donné le chloral dans la chorée ne l'ont pas donné de cette manière. Ils se sont contentés de doses suffisantes pour produire le sommeil, une ou deux fois par jour, et la médication n'a guère été continuée au delà de quelques jours.

Il n'en est plus de même dans la méthode que j'ai mise en usage dans ces derniers temps. Le médicament a été donné méthodiquement trois fois par jour, le matin, à midi et le soir, et la médication a été régulièrement suivie pendant quinze jours, un mois, six semaines, deux mois, jusqu'à complète guérison, sans que j'aie jamais remarqué aucun accident, si ce n'est parfois une éruption rubéolique ou érythémateuse dont la durée n'était guère que de vingt-quatre heures, qui ne s'accompagnait pas de phénomènes généraux, et disparaissait spontanément alors même que l'on continuait l'administration du chloral.

Cette méthode uniforme a pour but d'atténuer les symptômes, et de procurer un sommeil prolongé. Je cherche, d'une part, à assurer le repos de la nuit, d'autre part, à procurer au malade une ou deux fois dans la journée, et de préférence après le repas, une période de calme et de sommeil. La question des doses médicamenteuses est importante à fixer. Au-dessus de 10 ans, j'ordonne habituellement 4 grammes de chloral, en trois prises après les repas, 1 gramme le matin, 1 gr. à midi, 2 grammes le soir. Chez les enfants âgés de 6 à 8 ans, la proportion doit être plus faible, et ne pas dépasser 3 grammes. En tous cas, il faut tâtonner et graduer les prises, de telle façon que le sommeil artificiel soit toujours sûrement obtenu un quart d'heure après l'administration du médicament, au moins pour la dose la plus forte qui est administrée le soir. Ce mode de traitement doit être continué d'une manière régulière jusqu'au moment où l'agitation choréique est complètement supprimée, et où la guérison se confirme. Pour faire accepter plus facilement par les petits malades ce médicament désagréable, et en dissimuler le mauvais goût, vous m'avez vu employer un procédé, fort simple d'ailleurs, mais qui réussit très bien. Je me sers de la confiture de chloral. Elle est préparée, en prenant d'un côté, une solution aqueuse concentrée de chloral pur (presque 4 gr. de ce médicament pour 1 d'eau), d'un autre côté de la gelée de groseille assez consistante ; on fait des deux un mélange qui contienne pour 20 gr. ou une cuillerée à bouche, 1 gramme de principe actif. Nos petits malades prennent cette préparation très aisément en terminant leur repas.

Vous avez pu apprécier, Messieurs, les bons effets de la médication par le chloral. Chez quelques-uns de nos malades, l'agitation était assez violente à l'entrée pour constituer une chorée à forme grave. Sous l'influence de notre thérapeutique, l'amélioration s'est produite d'une façon à peu près constante et régulière, à tel point que je ne puis m'empêcher de voir là plus qu'une série heureuse. C'est déjà un important résultat, que de supprimer à un moment donné une agitation violente qui peut être la source de sérieux accidents mécaniques et de phénomènes d'épuisement. Mais il y a plus, et si j'en crois l'opinion des auteurs sur la durée moyenne d'une chorée bien caractérisée, il me semble permis de conclure que cette durée a été abrégée chez mes malades et que la thérapeutique employée n'est pas restée étrangère à ce résultat. Le chloral aurait ainsi une action curatrice sur la chorée elle-même. C'est un fait qui n'est pas mis en relief et qui a même été contesté par divers auteurs qui ont proposé le chloral dans la chorée.

Dans la majorité des cas, dans les faits simples, le traitement au chloral est efficace et suffisant. Mais lorsqu'il s'agit d'une chorée violente, avec agitation incessante, usure des téguments, et symptômes généraux graves, il n'en est pas de même. Chez un de nos malades, très gravement atteint, l'administration prolongée du chloral n'amenait aucun amendement et même l'état s'aggravait lorsque nous avons eu recours à des pratiques hydrothérapiques. Vous vous trouverez bien dans ces cas, d'associer, comme nous l'avons fait, le drap mouillé et le chloral.

C'est un moyen qu'on peut employer dans les cas même légers. Mais il trouve sa véritable indication dans ces formes intenses, parfois accompagnées d'accès

(1) Voir le n° 22.

fébriles, et pouvant faire craindre une terminaison fatale. C'est du reste, suivant la remarque de M. Cadet de Gassicourt « un moyen simple qui n'est nullement douloureux ni désagréable. » Je vous rappellerai brièvement les principes de son application chez nos malades.

Je fais donner le drap mouillé deux fois par jour, le matin et le soir. Il convient d'employer de l'eau très froide, toujours à la même température (10° à 12° centigrades environ) de l'eau de puits par exemple, qui réunit plus facilement ces conditions. Le drap est trempé, puis modérément exprimé, et étendu sur un matelas recouvert d'une toile cirée. On entoure alors étroitement le malade avec le drap mouillé, et on le frictionne vigoureusement de la tête aux pieds. Au bout de 1 à 2 minutes, dès que la réaction se fait, que le malade commence à se réchauffer, sans enlever le drap mouillé, on enroule plusieurs fois l'enfant dans une grande couverture de laine, en ne laissant que la tête à découvert. Le petit malade est alors reporté dans son lit, où on laisse la réaction s'achever dans cette sorte de bain de vapeur, pendant une demi-heure. L'effet produit est habituellement excellent; l'enfant éprouve un bien-être très accusé; l'enveloppement est presque toujours suivi d'une période de calme et de repos; il n'est même pas rare que l'enfant s'endorme d'un profond sommeil. Au réveil, il est moins agité; et les bénéfices successifs s'ajoutant, on finit par avoir raison des désordres les plus exagérés.

Telles sont, Messieurs, les remarques que j'ai voulu vous soumettre. Elles sont directement déduites des faits que nous avons eus sous les yeux Les résultats ont été assez constamment favorables pour que je croie pouvoir vous proposer le chloral et le drap mouillé, comme une méthode de traitement applicable à la plupart, sinon à tous les cas de chorée.

PATHOLOGIE EXTERNE

Abcès de la paroi abdominale contenant une côte de lapin. Guérison sans fistule stercorale.

Par le Dr JAGOT (d'Angers).

M. G., âgé de 47 ans, ouvrier boulanger, vient à ma consultation le 27 avril 1885. Il présente au-dessus du pli de l'aine du côté gauche un gonflement inflammatoire allongé transversalement et aux deux extrémités deux fistules fongueuses. Il existe de ce côté une hernie inguinale. La première pensée qui vient à l'esprit est que cet abcès est dû au port d'un mauvais bandage.

Le malade raconte qu'il y a deux ans, il a été pris le soir en travaillant d'une douleur violente dans le bas-ventre. Des vomissements sont survenus et pendant plusieurs mois il a été sur le lit, vomissant beaucoup et souffrant surtout à gauche, puis un abcès s'est produit qui a été ouvert par le médecin traitant. Depuis cette époque, l'abcès ne s'est jamais fermé, et il souffre toujours surtout quand il fait des efforts. Il a d'ailleurs beaucoup maigri.

Je pratique l'examen de la plaie avec un stylet et il me semble sentir un corps étranger; une sonde cannelée plus résistante est introduite et j'obtiens la certitude de la présence d'un objet dur. En saisissant la paroi avec les deux mains, je puis me rendre compte qu'il existe un corps résistant, allongé, et dont le millieu semble correspondre avec la fistule supérieure et externe. Par celle-ci j'introduis différentes pinces et je parviens à retirer en deux fragments avec une pince à forcipressure un os mince, lisse dont une des extrémités est très effilée et qui n'est autre qu'une côte de lapin, longue de six centimètres.

Tout se passe ensuite admirablement. En 5 jours les fistules se ferment, la douleur cesse et depuis le malade est complètement guéri.

Il se rapelle alors qu'à l'époque de son accident, il était employé aux pompes funèbres, il mangeait souvent très vite et très gloutonnement. Je pense que cette côte de lapin est arrivée dans l'intestin qu'elle a perforé ce qui a determiné les vomissements et de la péritonite localisée. Peut-être la hernie a-t-elle favorisé cet accident. Puis l'os a cheminé jusque dans la paroi abdominale. L'intérêt réside surtout en ce que la plaie intestinale s'est fermée après le passage de l'os. Il n'est jamais sorti que du pus par les fistules.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le « Peronospora Ferrani » et la Vaccination cholérique.

On fait grand bruit en Espagne autour des travaux d'un médecin de Tortosa, le Dr Ferran. Il ne s'agit de rien moins que d'une méthode de vaccination contre le choléra. Le sujet est en effet plein d'intérêt et l'on conçoit qu'en présence surtout de l'apparition de nombreux *cas suspects* en Espagne, les journaux médicaux d'abord, puis même les journaux politiques, se soient mis à reproduire les nombreuses publications déjà parues sur ce sujet. Il faut le dire, l'enthousiasme est complet; non seulement les habitants viennent se faire vacciner en grand nombre, mais les journalistes, même médicaux, n'ont pas de louanges assez fortes pour le Dr Ferran; plusieurs vont jusqu'à écrire que Pasteur, en France, Ferran, en Espagne, et Freire, en Amérique, sont les *trois figures les plus grandes de l'époque*; ceci se passe de commentaires. Quoi qu'il en soit, d'autres comme l'*Independencia medica* ont, dans chaque numéro, un chapitre intitulé: *Seccion Ferraniana*; les journaux étrangers, eux-mêmes, se sont occupés de la question, et on a pu voir dernièrement, dans plusieurs journaux politiques français, par exemple, l'annonce de la découverte du vaccin du choléra par M. Ferran. Celui-ci, d'ailleurs, a envoyé, le 13 avril, à l'Académie des sciences de Paris, une note portant ce titre: *Sur l'action pathogène et prophylactique du bacillus-virgule.* Dans cette note l'auteur indique les résultats principaux auxquels il est arrivé dans l'étude du *bacillus-virgule* et qui lui permettent d'affirmer la possibilité de la cholérisation chez l'homme et les animaux. De quoi s'agit-il donc au juste, c'est ce que nous allons essayer d'établir d'après la brochure du Dr Duhourcau (1); d'après les nombreux articles parus dans divers journaux espagnols (2); d'après le rapport présenté à l'Académie de médecine de Barcelone par la Commission qu'elle avait chargée d'étudier la question sur place; d'après la communication faite à l'Académie médico-chirurgicale de Madrid par le Dr Comenge (3), etc.

Deux points sont à examiner dans les travaux du Dr Fer-

(1) *Le Peronospora Ferrani agent infectieux du cholera et la vaccination cholérique.* — Toulouse, 1885, chez Privat

(2) *El Siglo medico, la Independencia medica, la Cronica medica, la Revista de Medicina y Cirurgia practicas*, etc., mai 1885.

(3) *El Siglo medico*, 24 mai 1885.

ran : Tout d'abord l'évolution de l'élément infectieux qui, d'après lui, serait absolument différente de tout ce qui a été signalé sur ce sujet et en second lieu la vaccination cholérique proprement dite. Nous allons étudier successivement chacun de ces deux sujets :

1° Si, d'une culture du bacille virgule de Koch faite sur la gélatine d'après les procédés classiques, on prélève une très petite partie qu'on ensemence dans du bouillon, on observe bientôt dans ce nouveau milieu une multiplication considérable des spirilles qui s'allongent souvent démesurément et prennent des aspects variés. Jusqu'ici rien de particulier. Ces faits ont été observés par Koch, par Van Ermengem et par tous les observateurs qui ont fait des cultures du koma bacille. Mais là s'étaient arrêtées toutes les descriptions des auteurs ; on voyait les spirilles se fragmenter puis finir par se désagréger et tomber au fond du ballon ; jamais on n'avait vu nettement de production de spores. M. Ferran affirme que l'évolution ne fait alors que commencer et voici ce qu'il observe à la suite. Il faut avoir soin de placer le matras dans l'étuve, à 37°, et le retirer au moment où le bouillon commence à se troubler, sous peine de voir l'évolution par scissiparité étouffer l'évolution régulière. On laisse alors la culture à une température de 15 à 18°, et on peut voir au bout de 48 heures que certains spirilles présentent, à une de leurs extrémités, une petite sphère qui augmente jusqu'à ce qu'elle atteigne le volume d'un globule sanguin. Cette sphère ou *oogone*, est constituée par une masse de protoplasma refringent et de couleur bleu verdâtre clair. La formation de l'oogone épuise les ressources nutritives du bouillon ; il est nécessaire alors d'ajouter une nouvelle quantité de bouillon contenant 20 0/0 de bile de porc stérilisée ; l'évolution peut alors se continuer et on observe les particularités suivantes :

Le protoplasma de l'oogone se rétracte sur un point de la sphère et laisse par suite un espace vide qui permet de constater l'existence d'une enveloppe hyaline, le *périplasme*. Le protoplasma rétracté se segmente et forme bientôt un amas de granulations qui constituent l'*oosphère*. On voit parfois à l'extrémité du filament, à côté de l'oogone, une petite sphère qui constitue le *pollinide*, organe fécondateur de l'oogone. Le périplasme hyalin se rompt après la fécondation et il ne reste plus que des granulations nageant dans le liquide de culture. Ces granulations ne sont pas toutes fécondes, quelques-unes seulement augmentent peu à peu de volume, prennent un aspect mamelonné et constituent des *corps mûriformes*. On peut alors observer, et Ferran est très affimatif sur ce détail, que d'un point du corps mûriforme est *lancé avec une certaine force*, un filament très ténu, long, vert clair, de 1/2 μ d'épaisseur. Ce filament, d'abord presque rectiligne, devient bientôt flexueux, puis prend peu à peu la forme en zigzag caractéristique du spirille en présentant des spires très serrées. Si alors on cultive ce nouvel élément, on obtient, par scissiparité, toutes les formes décrites par Koch.

Telle est la singulière évolution du bacille cholérique d'après Ferran. Les corps mûriformes évolueraient même dans un milieu acide; de plus, quand ils sont encore à l'état de granulations, ils sont si petits qu'ils peuvent même traverser des filtres de porcelaine neufs, et leur rapidité de production est telle qu'une goutte de culture suffit pour infester en six heures un litre de bouillon, aussi l'auteur croit-il que ce sont eux surtout qui sont les agents principaux de propagation du choléra. Cette évolution peut d'ailleurs varier, le corps mûriforme peut provenir directement de nodosités ou granulations, semblables à de véritables spores, visibles à l'intérieur de certains spirilles qu'on voit au fond de l'entonnoir, produit dans le tube de gélatine par le développement du koma bacille. Mais l'évolution ultérieure est toujours absolument affirmée par l'auteur. Nous venons d'indiquer brièvement l'évolution du *peronospora barcinonæ* ou *Ferrani* d'après l'auteur, nous laissons de côté, pour le moment, les objections, nous réservant d'y revenir après avoir fait l'exposé de ses recherches sur la vaccination.

Tout naturellement M. Ferran a pratiqué un grand nombre d'inoculations de cultures de son microbe à des animaux ; or, chose bien étrange, jamais il n'a pu, par inoculation intra-intestinale faire périr un seul animal; la Commission de l'Académie de médecine de Barcelone n'a pas été plus heureuse. Et pourtant on sait que Van Ermenghem, avec un cinquantième de goutte de culture de bacille virgule et Koch avec un centième tuent presque à coup sûr les cobayes par injection intra-intestinale. Ferran a donc fait surtout des injections sous-cutanées aux cobayes et voici ce qu'il observe. Il se sert de bouillon retiré de l'étuve juste au moment où il se trouble, ainsi que nous l'avons dit plus haut, ce bouillon ayant été ensemencé avec un petit fragment d'une colonie provenant d'une plaque de gélatine, préparée suivant la méthode de Koch avec une parcelle de matière fécale cholérique. Avec une semence très virulente, la culture peut tuer un petit cobaye à la dose de 2^{cc} à 4^{cc}, injectés sous la peau ; si la semence n'est pas assez virulente, il faut des doses plus fortes ; d'ailleurs le cobaye semble plus résistant que l'homme. Le point inoculé devient chaud, douloureux, tuméfié; la température générale s'élève, pendant quelque temps, puis bientôt s'abaisse rapidement jusqu'à descendre à 4 ou 6° audessous de la normale qui est, chez le cobaye, d'environ 40° dans le rectum. Au bout d'une heure l'animal reste immobile, les poils hérissés, animé de légers tremblements; vers la fin il rend par la bouche un liquide verdâtre et il meurt assez rapidement avec de légères convulsions des membres. L'examen du sang de l'animal, pris avant sa mort, montre de très petits coccus que Ferran suppose être les mêmes que ceux qui, dans les semences ou cultures, passent à l'état de corps mûriformes et font naitre les spirilles. Si on ensemence ce sang dans une petite quantité de bouillon, on obtient, après 24 ou 48 heures d'incubation à 37°, une culture pure de spirillums pouvant reproduire la même maladie en série indéfinie. L'autopsie montre une vacuité de l'intestin, de l'estomac et de la vessie, de la distension de la vésicule biliaire, de la diffluence de la rate, etc., et surtout une plegmasie locale intense au point où on a fait l'injection ; on observe les particu-

larités suivantes dans la sérosité qui s'écoule des coupes faites sur l'endroit même qui a reçu l'injection (1).

« 1° Microglobulie extraordinaire au point de faire naître des doutes sur la nature de ce qu'on a sous les yeux, tant est grande la dissemblance avec les hématies normales. Plusieurs de ces hématies sont hérissées de pointes effilées et possèdent un mouvement réel mais dû au choc des microbes contre ces pointes ; 2° des spirillums et des virgules presque invisibles à cause de leurs mouvements rapides ; 3° des cellules sphériques remplies de granulations ; quelques-unes renfermant une granulation qui se distingue par sa grosseur et qui ressemble à une de ces hématies dégénérées ; 4° des éléments lenticulaires à surfaces et à contours unis ; ils affectent des grandeurs diverses comprises entre 5 μ et 20 μ ; leur aspect ne permet pas de les confondre avec les autres éléments déjà décrits Celte humeur étant presque dépourvue d'hématies et la couleur rouge s'y détachant d'une manière frappante, on est autorisé à penser que la couleur tient à la dissolution de l'hémoglobine. »

Les symptômes observés, surtout l'hyperthermie, suivie ensuite d'hypothermie sont expliqués par l'auteur au moyen de sa théorie de la *thermogénèse par les diastases et les ptomaïnes*, engendrées par le parasite, les diastases augmentant les oxydations et les ptomaïnes les empêchant.

Mais si on inocule à des cobayes une dose moitié moins forte que celle qui suffirait à les tuer, non seulement ils ne meurent pas, mais ils acquièrent une immunité qui les rend capables de résister à des doses qui, auparavant, les auraient infailliblement tués ; ces cobayes sont en somme vaccinés contre la forme la plus virulente de la maladie.

Partant de ces données, M. Ferran n'a pas hésité a tenter l'inoculation sur l'homme, et c'est précisément ce second point de la *vaccination cholérique* chez l'homme que nous devons étudier maintenant. Quel est le liquide dont M. Ferran se sert comme vaccin humain? Les divers travaux que nous avons consultés parlent de culture qui s'atténuerait sous l'influence du temps, de l'oxygène et de la réaction du milieu, modifiée par la pullulation des microbes. D'ailleurs, M. Ferran écrit dans sa communication à l'Académie des Sciences, que « les cultures en série dans de la gélatine conservent assez bien leur virulence, par contre, les cultures dans du bouillon s'atténuent au bout d'un certain temps » tellement que l'auteur disait en février 1885 que son microphyte était alors quatre fois moins actif que celui du début. Dans la note à l'Académie des sciences, M. Ferran dit qu'il injecte dans le tissu cellulaire souscutané, dans la région du triceps brachial, huit gouttes d'une culture *virulente très fraîche* ou bien un demi-centimètre cube dans chaque bras. On observe alors une série de symptômes que nous trouvons par exemple décrits par le Dr Comenge qui, les ayant éprouvés lui-même, les raconta à l'Académie médico-chirurgicale de Madrid (2). Vers la sixième heure après l'inoculation de 1 cc. dans chaque bras d'une culture contenant des spirilles et des komas, le patient ressentit une douleur vive lancinante dans les bras et les mains, en même temps malaise général, affaissement et fièvre. Dix heures après l'inoculation, frisson intense, refroidissement des extrémités, état nauseux ; les bras étaient chauds, tuméfiés et très douloureux ; quatorze heures après l'inoculation, détente dans l'état général, mais toujours fièvre, tuméfaction et douleur locale. Cinquante heures après l'inoculation, l'état général était redevenu normal ; la tuméfaction locale disparut en quelques jours. Tel est le récit d'un fait d'inoculation forte ; souvent les symptômes sont moins accentués et tout est fini en 24 heures, mais parfois aussi il y aurait des symptômes rappelant ceux du choléra : « perfrigération marbrée, état lipothymique, lassitude générale, crampes, vomissements, tête lourde, sueurs froides et visqueuses, évacuations plus fréquentes que d'habitude, mais sans arriver à la vraie diarrhée du choléra (1) ». Dans les dégections émises alors on constate des oogones et des corps mûriformes. Le tout accompagné d'une élévation de la température de 2°,5 au-dessus de la normale. Si on examine pendant ce temps le sang de la circulation générale du sujet, on y constate exactement les mêmes particularités que dans le sang des cobayes inoculés de même : microglobulie, cellules lymphatiques, corps discoïdaux, possibilité de donner, par la culture, des spirilles à l'état de pureté, capables de reproduire la même maladie. Jamais ces inoculations n'auraient produit d'accidents ; les symptômes s'atténuent et disparaissent d'eux-mêmes sans aucune intervention. Si alors 6 à 8 jours après le retour à l'état normal, on réinjecte au sujet la même dose de culture, ayant la même virulence, on n'obtient plus rien, ou à peine quelques symptômes locaux de très minime intensité. Ferran considère que cette seconde inoculation est en général nécessaire pour obtenir l'immunité complète.

Quelle est la valeur de ces inoculations? Les faits positifs manquent. Ferran raconte bien qu'en janvier il aurait eu sans accidents généraux, deux déjections diarrhéiques qui constituaient presque une culture pure de spirilles et de komas. Un peu plus tard, il aurait absorbé par la bouche une certaine quantité d'une culture et n'aurait eu qu'un peu de malaise et de la diarrhée contenant des bacilles virgule. Il est vrai que lui-même s'était vacciné sept ou huit fois. Il est vrai aussi que l'on peut voir, ainsi que Koch l'a observé sur un des médecins fréquentant l'Office sanitaire (2), une diarrhée un peu intense, caractérisée par la présence de nombreux bacilles-virgule et ce en dehors de toute épidémie cholérique. survenir subitement et être accompagnée simplement de malaise durant peu de temps, bien entendu sans l'intervention de procédés analogues à ceux de M. Ferran. Quoi qu'il en soit, l'annonce d'un procédé de vaccination contre le choléra, faite à un moment où commençaient à se montrer en Espagne des *cas suspects*, certainement imputables au choléra, devait nécessairement avoir une grande influence sur le public, aussi, n'y a-t-il pas lieu de s'étonner que, jusqu'à ce jour, le nombre des sujets vaccinés par Ferran dépasse certainement 5000., tandis que ses amis et partisans ont pratiqué déjà environ 12,000 inoculations. D'ail-

(1) Nous citons textuellement cette partie de la communication de Ferran à l'*Académie des sciences* (13 avril 1885).
(2) *El Siglo medico*, 24 mai 1885.

(1) Ferran, communication à l'*Académie des sciences*.
(2) Deuxième conférence sur l'étiologie du choléra, 4 mai 1885, compte rendu in *Sem. médicale*, n° 20. 1885, p. 171.

leurs, Ferran a commencé par lui-même, par ses confrères, ses amis; il n'aurait jamais demandé la moindre rétribution. Un fait surtout a contribué à augmenter encore l'engouement pour ce procédé. Tout le personnel de l'*asilo centro protector de la Mujer* avait été inoculé, moins deux sujets qui refusèrent la vaccination; peu après, ces deux-là seulement furent frappés d'une *attaque suspecte*, traduisez du choléra (1). D'autres faits ont été mis en avant pour prouver l'efficacité du procédé. Un des quartiers pauvres de la ville d'Alcira présentait d'assez nombreux cas de choléra; à partir du jour où la plus grande partie des habitants eût été vaccinée, il n'y en eut plus (2). Sur 16,000 habitants que compte cette même ville d'Alcira, 7,043 ont été inoculés une seule fois; 4,117 deux fois, et 4,840 ne l'ont pas été. Or voici la proportion des cas de choléra et le nombre des morts. Pour les 4,840 non inoculés : 95 cas, 45 morts; pour les 7,043 inoculations simples : 12 cas, 3 morts; pour les 4,117 réinoculations : 6 cas, 5 guéris, 1 encore malade. Mais il ne faut pas oublier que cette statistique est publiée dans la protestation des médecins d'Alcira en faveur de Ferran (3). La question ne pourra se juger que sur des chiffres bien plus considérables. Une commission de l'Académie de médecine de Barcelone répéta les observations et les expériences de Ferran et confirma absolument tous les faits qu'il avait avancés. Le long rapport qu'elle publia se termine par seize propositions (4) dans lesquelles sont exposés tous les faits observés. On y voit la confirmation de l'identité du bacille de Koch et du microphyte de Ferran, la vérification de toutes les affirmations de Ferran, et enfin une quinzième proposition, celle-là fort sage, où il est dit que malgré toutes les espérances, il faut attendre l'invasion d'une épidémie pour pouvoir juger de la valeur des inoculations préventives de Ferran. Toutefois, la commission propose de nommer Ferran membre correspondant et de lui envoyer une médaille d'or. Des crédits furent aussi demandés aux chambres espagnoles afin de permettre la pratique des inoculations sur une vaste échelle. Le gouvernement répondit en interdisant à Ferran de continuer ses inoculations, à la grande colère des journaux médicaux. Il se rendit alors à Madrid à la fin de mai et la *Gazette officielle* de Madrid a publié ces jours derniers, les instructions données à la commission spéciale envoyée dans la province de Valence pour établir si l'épidémie qui y sévit est vraiment le choléra et pour faire de nouvelles expériences d'inoculation. Elle est chargée de remettre à Ferran les déjections dont il devra faire usage pour préparer ses cultures et d'examiner la moitié des personnes auxquelles Ferran aura pratiqué des inoculations (5).

Et maintenant que nous avons exposé les recherches du Dr Ferran, qu'il nous soit permis de chercher à établir quelle peut en être la signification, la valeur. Il est d'abord un premier point qui étonne, c'est celui de la singularité des organismes de Ferran et de l'étrangeté encore plus grande de leur évolution. Il est vrai que Klein, dans son rapport sur le choléra, a prétendu que le bacille-virgule pouvait prendre une forme plano-convexe et se multiplier par fissiparité longitudinale. Ceci aurait vu des virgules gonflées contenant des petites sphères brillantes qui semblent être mises en liberté dans certains cas et constituer de petits coccus en chaînettes qui, par la culture, reproduisent le bacille-virgule (1). Babès aurait observé une forme particulière de spirilles larges pouvant d'ailleurs être transformés en bacilles-virgule et qui, d'après Virchow, ne seraient que des formes anormales du bacille-virgule ou « comme les formations vésiculeuses sur les spirilles prolongés en fils de Ferran que des produits de décomposition stériles (2). » Mais, à côté de ces observateurs de valeurs fort inégales d'ailleurs, on peut citer des savants tels que Koch, qu'Ermengem et la plupart des médecins qui ont étudié la question à fond et qui n'ont jamais vu même une sporulation nette du bacille-virgule.

Mais si le microbe de Ferran est bien étrange, non moins étrange est la manière dont il l'examine. Il recommande tout particulièrement « de ne pas faire des préparations sèches et colorées. Il est en tout point indispensable d'examiner le liquide de culture entre les deux lames de cristal sans préparation d'aucune sorte. » Voilà certes une singulière façon de procéder; s'il est nécessaire en effet d'examiner parfois les cultures sans coloration, on n'ignore pas que cet examen, devient d'une extrême difficulté, lorsqu'il faut employer des objectifs homogènes, et par suite un condensateur. Or, pour saisir des détails aussi fins que ceux indiqués par M. Ferran, un objetif à immersion d'huile parait indispensable et alors on se demande comment il a été possible à cet observateur, sans le secours des matières colorantes, de percevoir de si minimes détails avec une si extrême précision. Il est encore un point bien étrange, c'est celui de la non-réussite des inoculations intra-intestinales qui, depuis les travaux de Nicati et Rietsch ont constamment réussi même avec des quantités infinitésimales : un cinquantième (Van Ermengem) et même un centième de goutte (Koch) d'une vraie culture de choléra.

On les voit, au contraire, échouer complètement avec les cultures de Ferran. Inversement des cultures de choléra ont été souvent injectées sous la peau par divers auteurs sans donner de résultats valables. De plus, parmi les cobayes inoculés en série par Van Ermengem dans l'intestin avec des doses de cultures de komas qui les faisaient ordinairement périr, quelques-uns résistèrent, mais ils succombèrent toujours à une nouvelle inoculation sans avoir jamais eu d'immunité conférée par la première opération; c'est là encore un ensemble de faits absolument différents de ceux de Ferran. Mais il est une autre objection bien plus grave; elle a trait à la technique qu'emploie l'auteur. Il se sert, pour ses cultures, de gélatine et de bouil-

(1) *Siglo medico*, 10 mai 1885.
(2) *Siglo medico*, 24 mai 1885, p. 342.
(3) V. *Sem. medicale*, n° 24, 1885, p. 200.
(4) *La Cronica medica*. Valence, 20 mai 1885, p. 530.
(5) *Semaine médicale*, 3 juin 1885, p. 198.

(1) *Semaine médicale*, 18 mars 1885.
(2) *Ibid.* 2e conférence sur l'étiologie du choléra, 13 mai, p. 171.

lon (1). De la préparation de la gélatine, peu de chose à dire; il ajoute 21 gr. de gélatine à 300^{cc} de bouillon ; il chauffe dans un bain de sel porté à 110°, neutralise, puis filtre, reçoit dans un ballon stérilisé également dans un bain de sel et distribue dans des tubes à essai qui ont passé à 150° ; puis ces tubes sont ainsi conservés sans avoir été stérilisés de nouveau et, comme preuve de leur pureté, il est dit qu'ils ne s'altèrent pas. Or, une gélatine ainsi préparée est très peu riche en principes nutritifs et elle peut fort bien renfermer un nombre considérable de microorganismes sans qu'ils puissent se multiplier faute d'éléments nutritifs suffisants et sans que, par suite, la gélatine devienne trouble ou se liquéfie. Nous doutons fort d'ailleurs que sur un pareil milieu le bacille-virgule puisse évoluer avec activité. Donc gélatine très insuffisamment nutritive et ayant bien des chances d'être impure. Pour le bouillon, les causes d'erreur sont encore plus grandes ; il est préparé, d'après Ferran lui-même, suivant la méthode de Miquel, sans ajouter ni peptone, ni chlorure de sodium. Malheureusement l'auteur espagnol, au lieu de suivre exactement les prescriptions minutieuses du savant français, *stérilise* son bouillon par le procédé de Tyndall, c'est-à-dire en le faisant bouillir matin et soir, pendant quelques instants, trois jours de suite. Or, on sait qu'il est absolument impossible de stériliser d'une façon certaine, aucun liquide de culture, si on ne le porte pas pendant quinze minutes au moins à une température de 110 à 120°, *dans le récipient définitif où la culture doit se faire.* Ferran a donc un bouillon qui peut fort bien être impur et qui, tout comme la gélatine, à cause de la faible quantité d'éléments nutritifs qu'il renferme, constitue un milieu de culture absolument insuffisant et peut-être déjà infecté. Il est vrai que la Commission académique, chargée de vérifier les recherches de Ferran (2), a étudié les germes de l'air de son laboratoire et n'y a rien trouvé de semblable à ce que fournissaient les cultures. Quoiqu'il en soit, on est toujours en droit de tenir pour suspects les milieux de culture employés par Ferran. Mais sa méthode de culture est bien étrange aussi. Nous avons vu que le bouillon des ballons ensemencés était rapidement épuisé par la pullulation des oogones et que l'auteur, pour lui donner de nouveaux principes nutritifs, y introduisait un mélange de bouillon et de bile de porc ; or, ce nouveau liquide est stérilisé par simple ébullition, ce qui est absolument insuffisant. Il est encore une grave cause d'erreur, c'est le procédé qu'emploie l'auteur pour ensemencer ces ballons. Il recueille dans le tube contenant la gélatine une petite parcelle de la culture en faisant pénétrer *à travers* le tampon d'ouate qui le bouche, un petit tube effilé, avec renflement médian. Après avoir rempli ce petit tube par aspiration, il le sort en le faisant passer de nouveau à travers l'ouate et pour ensemencer le ballon qui contient le bouillon, il le fait pénétrer de nouveau à travers le coton qui le bouche puis y vide son contenu en soufflant. Ce tube fin a donc traversé trois fois les tampons de coton obturant les récipients ; et, comme ce coton destiné à filtrer l'air est rempli de microbes, il est bien difficile d'admettre que ces opérations multiples n'en ont pas fait tomber dans le bouillon qui, par là même, a pu être altéré. Il nous a semblé nécessaire d'émettre ces objections en présence de la singularité de l'évolution que Ferran attribue à une seule espèce et qui pourrait bien se rapporter à plusieurs espèces dont les formes différentes pourraient parfaitement simuler des états différents d'une seule variété. En somme, pour terminer ce trop long exposé, nous dirons que M. Ferran affirme l'existence d'un organisme bizarre, rappelant les singularités de ceux décrits par Freire, et on sait ce que valent ces recherches, n'ayant aucune analogie avec les formes microbiques pathogènes connues. Quant aux procédés d'observation, ils ne sont pas moins étranges ; l'absence de l'emploi des matières colorantes est incroyable et semble incompatible avec l'observation à de forts grossissements d'éléments très petits. Les cultures ont été faites avec le manque absolu des précautions les plus usuelles ; de plus, comme nous l'avons dit, les milieux de culture sont insuffisants. Enfin, les inoculations aux animaux éloignent encore plus de l'idée de choléra. De quoi pourrait-il donc bien s'agir ? Jusqu'à preuve du contraire, — preuve qu'il serait d'ailleurs bien facile à M. Ferran de faire, en envoyant quelques tubes et quelques préparations — nous sommes en droit de supposer ou bien qu'il s'agit de cultures impures, renfermant plusieurs espèces d'organismes, ou bien que M. Ferran a découvert une maladie nouvelle, une sorte de septicémie, ce que les symptômes observés chez les animaux permettent de soupçonner. Mais en bonne logique il est bien difficile, ainsi que nous venons de le voir, d'admettre qu'il s'agisse de cultures de l'agent infectieux du choléra, d'où la conclusion provisoire que le grand bruit fait autour des recherches de M. Ferran ne repose sur rien de valable et que l'inoculation à l'homme est tout au moins inutile et ne doit vraisemblablement le protéger contre le choléra en aucune facon. D'ailleurs la lumière se fera évidemment d'ici peu sur ce sujet et nous serons les premiers à affirmer la réalité de l'évolution du microbe signalé par le Dr Ferran, si celui-ci produit de nouvelles recherches faites avec une technique *absolument exacte ;* nous proclamerons aussi l'excellence de sa méthode de cholérisation, s'il fait la démonstration rigoureuse de son efficacité, tout comme nous avons cru être en droit, dans l'état actuel, de faire les plus expresses réserves sur la valeur de ses recherches et des applications qui en découlent. L. CAPITAN.

(1) *Revista medica de Sevilla*, 15 mai 1885, p. 274.
(2) *Ibid.*, p. 276.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 2 juin 1885. — PRÉSIDENCE DE M. BOULEY.

M. MAREY étudie les *trajectoires que décrit dans l'espace un point du tronc pendant la marche, la course et les autres allures.* Les expériences qu'il avait faites jusqu'ici étaient obtenues à l'aide d'un appareil chrono-photographique ; un homme vêtu de noir et portant au niveau du sacrum une petite boule brillante, marchait sur un terrain

plat devant l'appareil. Mais la figure obtenue n'était bien intelligible que pour ceux qui connaissaient d'avance la trajectoire : dans ses nouvelles recherches, M. Marey a substitué un appareil stéréoscopique à l'instrument photographique simple. Les images fournies par ce procédé donnent la sensation d'un relief parfait ; on croirait avoir sous les yeux un fil de métal tordu en sens divers et répétant périodiquement les mêmes inflexions.

M. Germain See lit un mémoire sur le *traitement de l'asthme nervo-pulmonaire et de l'asthme cardiaque par la pyridine.* La seule médication curative de l'asthme nervo-pulmonaire, est l'iodothérapie, mais cette méthode produit souvent des accidents d'intolérance. Quand l'iodisme survient, c'est la pyridine qui trouve son emploi pour guérir les accès. Des expériences faites sur les animaux montrent que cette substance diminue la réflectivité de la moelle et du centre respiratoire bulbaire. Au point de vue thérapeutique, la pyridine a une action plus durable et plus inoffensive que la morphine. Dans l'asthme nervo-pulmonaire simple, on peut faire cesser les accès d'une manière complète en respirant un air mélangé de vapeurs pyridiques. Lorsqu'il s'agit de l'asthme cardiaque avec ou sans complications rénale et hydropique, la pyridine peut combattre l'oppression continue ou paroxystique.

M. Brown Séquard communique les résultats de ses recherches sur une espèce d'*anesthésie artificielle, sans sommeil et avec conservation parfaite de l'intelligence des mouvements volontaires, des sens et de la sensibilité tactile.* Sous l'influence d'une irritation de la muqueuse laryngée, la sensibilité à la douleur peut disparaître ou diminuer pendant un grand nombre d'heures, chez l'homme comme chez les animaux. Les agents d'irritation les plus puissants sont l'acide carbonique et les vapeurs de chloroforme, à condition que ces substances ne pénètrent pas dans les poumons : on peut aussi employer la galvanisation des nerfs laryngés supérieurs ou celle du larynx tout entier, la cautérisation de la muqueuse laryngée par du chloral anhydre, du nitrate d'argent, etc. La difficulté de rendre ces observations applicables à l'homme est encore très grande.

M. Em. Bourquelot continue ses recherches sur la *fermentation alcoolique élective.* On sait que si l'on fait fermenter un mélange de deux ou plusieurs sucres, la destruction de chacun d'eux ne se fait pas également : on attribuait cette inégalité à une faculté élective de la levûre. M. Bourquelot, employant des mélanges de maltose et de levulose, de glucose et de levulose, montre que les véritables facteurs de cette prétendue fermentation élective sont la température, la dilution. l'alcool formé durant la fermentation.

M. d'Arsonval fait la description d'un *calorimètre enregistreur applicable à l'homme.* L'appareil se compose de deux vases cylindriques en métal placés concentriquement et limitant deux cavités distinctes : la première, annulaire, est hermétiquement close et communique seulement par une tubulure avec un manomètre à eau ; cette cavité est pleine d'air. La seconde cavité constitue l'intérieur du calorimètre dans lequel est placé l'homme en expérience. Cet instrument est ainsi un grand thermomètre à air creux.

MM. Mairet, Pilatte et Combemal ont étudié les doses toxiques de l'*iodure et du chlorure mercuriques.* Les animaux ont succombé lorsque les doses d'iodure ont dépassé 0 gr. 0021 par kilogr. du poids du corps. Le degré de toxicité de chlorure est moindre que celui de l'iodure.

M. Laulanié adresse une note sur l'*unité du processus de la spermatogénèse chez les mammifères.* Paul Loye.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 6 juin 1885. — Présidence de M. Paul Bert.

MM. Ch. Féré et Alb. Londe communiquent quelques *observations pour servir à l'histoire des effets dynamiques des impressions visuelles* qui montrent que les couleurs du spectre ont une action dynamogène différente et d'une intensité croissante allant du violet vers le rouge. Ces effets peuvent être constatés même quand l'expérience est faite sur un œil achromopsique; la conscience de l'excitation n'est pas nécessaire à la production du phénomène. MM. Féré et Londe ont en outre constaté que, pour chaque couleur, l'effet dynamique de l'excitation est en rapport avec l'intensité lumineuse.

M. Ch. Féré rapporte une observation d'*aphasie avec hémiplégie gauche* chez un gaucher qui avait appris à écrire de la main droite et chez lequel l'écriture n'a pas été altérée.

M. Charrin communique les résultats de ses recherches sur le *micrococcus pyocyaneus.* Comparé à d'autres, cet agent jouit de propriétés infectieuses relativement modérées. Lorsqu'on injecte 1/2 cc. d'un bouillon de culture dans les veines de l'oreille d'un lapin, l'albuminurie survient immédiatement. L'urine et les matières fécales placées dans des bouillons stérilisés font apparaître la pyocianine. Le microbe s'élimine par l'urine et les fèces; on peut le colorer dans les tissus; les réactions caratéristiques de la pyocianine permettent d'éviter toute erreur.

M. Rabuteau était arrivé théoriquement aux mêmes conclusions que M. Pouchet sur l'*origine du spermaceti.* Ce corps n'est autre que l'éther d'un alcool, et aucun de ces corps n'est le produit de sécrétions glandulaires.

M. Beauregard apporte l'observation d'un voyageur qui, après avoir fait longtemps usage d'eaux très riches en sulfates, remarqua que son corps dégageait une odeur marquée d'acide sulfhydrique. Les objets d'argent en contact avec sa peau devenaient noirs. Longtemps après qu'il eût cessé l'usage de ces eaux, ce phénomène persista malgré des bains répétés ; il avait en plus des éructations d'acide sulfhydrique,

M. Rabuteau pense qu'on doit interpréter ce phénomène en se rappelant qu'en présence des matières organiques le sulfate de chaux se décompose en acide sulfhydrique ; dans le sang au contraire les sulfures s'éliminent à l'état de sulfates.

M. Brown-Séquard dit qu'en outre des phénomènes mécaniques de l'expiration et de l'inspiration forcées, il faut admettre pour expliquer la *production de l'emphysème pulmonaire*, l'action du pneumo-gastrique que celui-ci soit excité au niveau du bulbe ou sur son trajet. La contraction des fibres musculaires des derniers rameaux bronchiques qu'on peut obtenir également en injectant du sulfate de soude dans les vaisseaux des poumons, joue là un rôle prépondérant.

M. Laborde, qui a observé que la décapitation donnait lieu à de l'emphysème, pense également qu'il faut, dans la circonstance. incriminer le traumatisme que subit le bulbe.

M. Assaky a fait de nombreuses recherches sur l'*articulation de l'épaule*, desquelles résulte l'identité presque complète, anatomiquement et physiologiquement, de cette articulation avec celle de la hanche.

M. Laborde, qui continue la série de ses recherches sur la *falsification des principaux alcaloïdes*, présente des échantillons de digitaline, d'origine allemande, n'offrant aucune des réactions caractéristiques de cette substance.

M. Œchsner de Coninck a trouvé de la *pyridine* dans la methylamine du commerce. Il a rencontré dans certains pétroles bruts un corps azoté analogue aux carbylamines de M. Gautier. Gilles de la Tourette.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 9 juin 1885. — Présidence de M. Bergeron.

Election d'un membre correspondant national. Votants: 60; majorité, 31. Au premier tour de scrutin, M. Feltz (de Nancy) est élu par 45 voix, contre 9 à M. de Ranse et 5 à M. Manouvriez.

Suite de la discussion sur l'érysipèle. — M. Verneuil, après avoir constaté que tout le monde chirurgical se

trouve d'accord pour combattre l'érysipèle à l'aide des procédés antiseptiques, remarque combien sont nombreux et variés les moyens que préconisent ses collègues. Ceux qui suivront la pratique de M. Trélat sutureront toutes les plaies; ceux qui suivront la pratique de M Verneuil ne réuniront guère; ceux qui suivront enfin la pratique de M. Le Fort n'auront pas recours à l'acide phénique... En ce qui concerne la persistance de l'érysipèle nosocomial. la méthode antiseptique ne saurait à elle seule conjurer le danger, tant qu'on n'y joindra pas des mesures prophylactiques capables de garantir la population hospitalière contre l'invasion du dehors. L'antisepsie a une action limitée à l'hôpital ; avec le temps et la persévérance, elle finira par détruire l'érysipèle; mais, elle est désarmée contre les foyers du dehors, contre l'importation incessante de la ville. A l'appui de son dire, M. Verneuil relate deux petites épidémies d'érysipèles, qu'il vient d'observer dans son service et établit une fois de plus le principe de l'isolement à côté de celui de l'antisepsie. M. Verneuil ne partage pas l'opinion de M. Hervieux, au sujet de l'identité de l'érysipèle et de certaines autres maladies infectieuses. Quant à sa gravité, elle varie suivant les circonstances, le mauvais état général des sujets, etc. Dans un grand nombre de cas, le microbe de l'érysipèle devient d'autant plus dangereux, qu'il est mélangé à d'autres microbes plus dangereux encore.

M. A. Guérin fait observer que son pansement ouaté, ayant pour but de filtrer l'air avant qu'il n'arrive sur les plaies, les préserve ainsi du contact des germes, quels qu'ils soient. La présence d'un érysipélateux n'est nullement à redouter dans ces conditions particulières.

M. Trélat admet qu'il est impossible de panser toutes les plaies de la même manière et se montre également éclectique lorsqu'il s'agit de pratiquer la réunion ou la non-réunion des plaies. Le microbe de l'érysipèle est, en général, un microbe bénin; lorsqu'il devient grave, cela tient à ce qu'il arrive en masse sur une plaie, ou à ce qu'il est mêlé à d'autres microbes infectieux. L'antisepsie atténue les diverses formes d'érysipèles, rien de plus. Quant aux cas d'érysipèles extérieurs, M. Trélat les repousse de son service et les renvoie dans des services de médecine où ils se montrent moins dangereux.

M. Bouley demande que M. Verneuil émette un vœu qui serait soumis à l'approbation de l'Académie, et à l'occasion duquel il solliciterait la création de salles d'isolement pour les malades atteints d'érysipèle.

M. le Président invite M. Verneuil à formuler dans la prochaine séance un vœu conforme aux idées qu'il a émises dans ses diverses communications sur la contagion et l'asepsie de l'érysipèle. A. Josias.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 10 juin 1885. — Présidence de M. Duhomme.

Sur la proposition du Président qui annonce la mort de M. Noël Gueneau de Mussy, *le créateur de la Société*, la séance est levée en signe de deuil. Gilles de la Tourette.

REVUE DE PATHOLOGIE MENTALE

XIV. Etude médico-légale sur l'Interdiction des aliénés et sur le conseil judiciaire ; Legrand du Saulle. — Paris, 1881.— Ad. Delahaye et E. Lecrosnier. édit.

XV. Traité clinique et pratique des maladies mentales, par J. Luys.— Paris, 1881. — Ad Delahaye et Em. Lecrosnier, édit.

XIV. Ce livre est, entre tous ceux de M. Legrand du Saulle. celui qui ouvre le plus largement la voie de communication qu'il s'est proposé d'établir entre la médecine et le droit, pour nous servir de ses propres expressions. Qu'on en juge. Dans la première partie, qui traite de l'interdiction. il expose d'abord la nécessité de l'interdiction dans certains cas déterminés (ch. I). Il entre à ce propos dans une foule de details médico-psychologiques d'ordre clinique (nous signalerons particulièrement le classement des formes de la folie et des troubles intellectuels) et met en relief, sous le nom d'observation (au nombre de XVIII) les types d'affaires de ce genre, avec les appréciations qu'ils comportent, la jurisprudence constitue le paragraphe facial. Ce premier chapitre represente la médecine mentale à l'usage des hommes de loi. Le chapitre II a trait à la demande d'interdiction, il fait ressortir le mécanisme légal par lequel on aboutit à l'interdiction, ses conditions ; d'autres observations, plus légales que médicales, viennent au nombre de neuf, appuyer les assertions de M. Legrand du Saulle, un paragraphe de jurisprudence termine encore ce chapitre. Le chapitre III est intitulé: De l'interrogation et de l'examen des aliénés. On y sent le psychiatre rompu à la pratique de la médecine mentale autant qu'à celle de la médecine légale ; les éléments des deux catégories de connaissances y sont finement et exactement enregistrés. Nous appellerons notamment l'attention sur le § VII (formalités de la procédure) et aussi, pour la troisième fois, sur l'article ici bien plus long, de jurisprudence, chap. IV et V, nous abordons les détails du délire des persécutions, de l'aphasie. M. Legrand du Saulle enseigne les procedés dont il faut se servir pour faire émarger le délire, les motifs sur lesquels on s'appuiera pour conclure à l'interdiction, la manière d'écrire son rapport ; comme ailleurs, des observations adaptées à chaque cas, servent d'exemples. Le même plan preside au chap. VI (états intellectuels contestés et cas pathologiques difficiles à apprécier signalés en le § 2 écrit sur le véritable rôle du medecin dans l'appréciation médico-légale de la capacité. Nous glisserons sur les chapitres VII et VIII, effets de l'interdiction, mainlevée, critiques dirigées contre l'interdiction, ainsi que sur la seconde partie du volume (Conseil judiciaire), qui sont de la médecine légale pure. Nous nous contenterons d'affirmer que sans faiblesse, l'auteur divise, subdivise, factionne toutes les questions de façon, conformément à la règle posée par Descartes, à réduire les difficultés, en autant de parcelles qu'il en faut pour les mieux résoudre, si bien que la synthèse des solutions partielles forme la solution intégrale de l'interdiction dans ses rapports avec les textes de loi et les principes de la psychiatrie que nous possédons à l'époque actuelle. Chaque solution partielle possède ses documents à l'appui (l'ensemble du travail n'en contient pas moins de LXXII) ; dans ces conditions, aucun doute ne saurait demeurer dans l'esprit du médecin ni du magistrat. Ajoutons que la netteté et l'élégance du style permettent de dévorer ce volume sans fatigue ni ennui. Enfin les amateurs du droit y trouveront également leur compte, car un appendice comporte les *Recherches sur la situation des fous et des incapables à l'époque romaine*, en même temps qu'un post-scriptum vise la *capacité du prodigue*.

XV. Des circonstances indépendantes de notre volonté ont trop retardé l'apparition de notre analyse pour que nous consacrions, sans risquer de répéter ce que cent journaux ont dit, de longues pages à ce traité. D'ailleurs le plan et les idées du livre sont le corollaire de tous les travaux antérieurs de l'auteur. Nous nous bornerons donc à quelques critiques.

Des recherches de M. Luys sur l'anatomie normale, nous n'avons pas à tirer d'opinion nouvelle. La méthode est aujourd'hui jugee. Pour determiner les connexions des organes entre eux, il faut autre chose que des demi-schémas. Cette remarque s'applique aussi à la physiologie. Les altérations et les dégénérescences rapprochées d'observations bien prises sont seules aptes à permettre de planter des jalons précis sur le terrain qui nous occupe. Jusqu'à nouvel ordre, surtout en matière de psychologie, les mots dont on se sert, continueront à désigner ces activités sans préjuger d'un mécanisme que l'on ignore. C'est à la clinique de bon aloi, aidée de l'anatomie pathologique bien comprise, qu'on devra comme partout ailleurs, vraisemblablement demander des résultats; qu'on se reporte par exemple à l'aphasie, à la vision mentale (1), actuellement à l'ordre du jour, on comprendra comment on arrivera à

empiéter peu à peu dans le domaine psychologique, par un procédé unique, qui n'est pas celui de M. Luys.

La pathologie générale, l'étiologie, la pathogénie, la symptomatologie générale (3e partie) renferment des données intéressantes et qui nous paraissent justes ; telles les réserves critiques sur l'hérédité, la civilisation, la politique, la religion. Cependant nous regrettons qu'on ne poursuive pas l'idée de Morel, qu'on ne la contrôle pas à l'aide des procédés d'investigation modernes. En revanche, nous partageons la manière de voir de M. Luys : « Bien des psychopathies qui durent toute la vie ou sont transmises héréditairement représentent des processus pathologiques indéfinis, dont les manifestations isolées, décrites sous un type clinique à évolution limitée, constituent simplement des épisodes d'exacerbation. » Nous nous permettrons d'ajouter que beaucoup de maladies aiguës ne sont que des phases critiques d'un fonctionnement physico-chimique anormal de l'organisme.

En abordant le chapitre qui traite de l'anatomie pathologique, nous avons été grandement surpris de la multitude et de la constance des résultats obtenus par M. Luys. Certes, il est fâcheux qu'on ne puisse encore prendre, comme il le voudrait, la cellule cérébrale pour base de toute la psychopathologie, mais l'histologie normale et pathologique n'a pas à notre sens porté ses fruits en ce sens. Toute classification reposant sur l'anatomie pathologique est, croyons-nous, prématurée. Pour constater l'état d'hypérémie ou d'ischémie, partiel ou général du cerveau entier, ou de certaines régions, il faudrait qu'on pût fixer l'aspect de l'organe au moment précis de la mort, sinon un peu avant; mais l'autopsie n'a généralement lieu que quelques heures après l'issue fatale. En outre, bien des caractères annoncés par M. Luys ont été publiés avant les siens ou tout au moins en même temps; qu'on parcoure à ce sujet l'*Allgemein. Zeitschr. f. Psych.*, les *Archiv. von Virchow*; que de fois n'a-t-on pas cru trouver l'anatomie pathologique de telle entité, de tel syndrome, sous l'objectif du microscope, que de fois des examens histologiques ultérieurs ont démontré la spécificité des lésions auxquelles on attachait un si grand prix. M. Luys les réédite en partie sous des formes un peu différentes. Pourvu que les jeunes psychiatres n'aillent pas, croyant la science faite, se croiser les bras !

Nous ne nous appesantirons pas sur la pathologie spéciale. Les mêmes défauts sautent aux yeux. Désireux de résoudre des problèmes, de déchiffrer les énigmes de la psychologie et de la psychiatrie, d'asseoir ces connaissances sur des bases positives et somatiques, M. Luys simplifie le plus possible, formule nettement des aphorismes courts, presque des lois, il ne met pas en doute les conclusions de ses recherches. Cette manière de faire crée de toutes pièces un ensemble de notions mathématiques, faciles à retenir; malheureusement, la fréquentation des malades et des amphithéâtres montre que les questions ardues ne se tranchent pas à l'aide de quelques propositions grammaticales, et que les idées doivent être mises au service des faits. De plus, quelques mauvaises figures et d'affreuses photographies microscopiques nuisent étrangement à l'interprétation. P. KÉRAVAL.

THÉRAPEUTIQUE

De l'emploi thérapeutique du bromure de camphre.

Depuis l'introduction du bromure de camphre dans la thérapeutique (1), en 1871, nous avons eu l'occasion (2) deux fois de résumer sous forme de Revue, les principaux travaux qui étaient parvenus à notre connaissance. Aujourd'hui, nous venons compléter les renseignements précédemment donnés en signalant à nos lecteurs les auteurs qui ont étudié de nouveau le bromure de camphre et surtout ceux qui l'ont employé comme médicament, en y joignant quelques appréciations sommaires.

Mentionnons, tout d'abord, au point de vue *chimique*, une note de M. J. Montgolfier, communiquée à la *Société chimique* (1) et, au point de vue *physiologique*, le travail de M. Valenti y Vivo, sur l'*antagonisme de la strychnine et du monobromure de camphre* (2). Nous aurons sans doute l'occasion de revenir sur cette dernière publication et, sans insister davantage, nous passons à l'exposé des *recherches thérapeutiques*.

Nous citerons tout d'abord la thèse de M. Lienhart (3), intéressante à consulter au point de vue critique (4) ; puis celle de M. Petrovitz (5) qui, outre de curieuses expériences sur lui-même, qui viennent confirmer les faits anciens, contient un certain nombre d'observations personnelles recueillies pour la plupart dans le service de M. le professeur Combal et relatives à l'*hystérie*, à la *chorée*, aux *palpitations cardiaques*, à la *toux nerveuse*, aux *érections pathologiques* de causes diverses. L'auteur termine en rapportant le cas d'un étudiant en médecine, sujet à des *érections nocturnes* fréquentes, suivies de *pollutions*, traitées sans succès par le bromure de potassium et qui ont disparu sous l'influence du bromure de camphre.

Dans un article publié en 1876, le Dr E. Warren (6) dit qu'il a eu l'occasion d'administrer le bromure de camphre avec de bons résultats dans le traitement de la *fièvre typhoïde*, déclarant qu'il exerce une action réelle sur la température et la circulation. C'est là une nouvelle application du médicament que nous nous bornons à signaler sans commentaire.

En 1877, dans une de ses leçons, Gubler déclarait avoir obtenu « des effets de sédation très remarquables des capsules de bromure de camphre du Dr Clin dans les excitations génitales et entre autres dans le priapisme blennorrhagique... Le camphre qui, habituellement, disait-il, ne traverse point les reins, se laisse probablement éliminer par cet organe quand il est sous forme de camphre monobromé (7). »

Deux ans plus tard, le Dr Marm a employé le bromure de camphre dans le traitement de la folie (8). La même année le professeur Hammond (de New-York) nous a donné le résumé de ses essais en ce qui concerne l'*hystérie*. Après avoir cité les médicaments qui lui ont paru efficaces dans le traitement des attaques d'hystérie, il ajoute :

« Le monobromure de camphre m'a également rendu de grands services pour combattre l'*état hystérique*. Dans une communication récente, j'ai appelé l'attention sur ses bons effets. Il peut être donné en pilules ou en potions, aux doses de 15 à 25 centigr. toutes les heures ou toutes les deux heures,

(1) Voir pour l'historique : Pathault. — *Des propriétés physiologiques du bromure de camphre et de ses usages thérapeutiques.* Paris, 1875, 1re édition. 1876, 2e édit.

(2) *Progrès médical*, 23 janvier 1875, analyse des travaux de MM. Gault, Perret, R. Lawson, Pathault, F. Raymond et Mathieu ; — *Progrès médical,* 22 janvier 1876, analyse des travaux de MM. Bœmer, Ed. Dubois, Clin, Friedel, Bourneville, Pathault.

(1) *Bulletin de la Société chimique*, t. XXIII, p. 253, et *Moniteur scientifique*, 1877, 3e série, t. VII, p. 106. (Analyse de M. Alf Naquet).

(2) *La Independencia medica*, 1875, no 13, p. 149 et *The London med. Record*, 1875, p. 374.

(3) *Recherches expér. sur le camphre monobromé.* Thèse de Nancy, 1875.

(4) M. Lienhart conteste les effets hypnotiques du monobromure de camphre. Le Dr Hammond (de New-Yorck) cite un cas de *delirium tremens* dans lequel il a employé ce médicament. « Après la huitième dose, écrit-il, le malade dormit pendant quatre heures. Ce médicament fut de nouveau administré comme auparavant, et après six doses, le malade dormit encore pendant six heures. » (*Traité des maladies du système nerveux*, traduction française de M. Labadie Lagrave, 1879, p. 1087.)

(5) *Etude clinique du bromure de camphre.* Thèse de Montpellier, 1875.

(6) *The treatment of typhoid Fever* (*New-York Med. Record.* January 15, 1876)

(7) Gubler — *Leçons de thérapeutique*, 1877, p. 246.

(8) *Monobromide of camphor* in *Insanity* (*The Cincinati med. News*, juin 1879, p. 387).

suivant les cas. Lorsque l'éther ou le chloroforme sont contre-indiqués, le monobromure de camphre est particulièrement avantageux (1). »

L'année suivante, MM. Nothnagel et Rossbach rappellent que cet agent a été préconisé « contre toutes les névroses et névralgies et comme hypnotique. » Ils ajoutent que « Berger l'a trouvé utile dans le traitement des *palpitations nerveuses du cœur* et dans les *états d'excitation des organes génito-urinaires* (2). »

Fonssagrives résume ainsi son opinion sur l'emploi thérapeutique du bromure de camphre : « antispasmodique, anaphrodisiaque ; névroses diverses ; ataxie » et il conseille l'usage « des dragées du Dr Clin qui renferment 10 centigr. de bromure de camphre et des capsules qui en contiennent 20 centigr (3). »

Parmi les médecins qui ont encore parlé du bromure de camphre, nous indiquerons M. le Dr Rolland, médecin des asiles de John Bost (4), M. le professeur Gowers, le Dr Ch. K. Mills (5), et enfin M. Vanlair qui lui reconnait de l'efficacité « contre la *céphalalgie des gens nerveux* (6). On sait que dès l'origine, le bromure de camphre a été utilisé contre les *névralgies*, par MM. Desnos et Tommasi. A ces faits, nous en ajouterons deux qui nous sont communiqués par notre ami le Dr Vacherie (de Rancon).

R..., 35 ans, d'une bonne santé habituelle, n'a jamais eu de douleurs ni de névralgies. Il souffre depuis quinze jours de douleurs névralgiques, occupant les branches oculaire et orbitaire de la cinquième paire, revenant par accès tous les matins à 10 heures, et durant de cinq à six heures. La douleur occupe la paupière supérieure du côté gauche et le sourcil à sa partie moyenne et interne. Malgré l'administration d'un gramme de sulfate de quinine le 29 et le 30, il n'y a pas d'amélioration. Le 31 mai, cinq capsules de bromure de camphre du Dr Clin, une toutes les heures à partir de 5 h. du matin. Le 3 juin, le malade n'avait plus de douleurs. Le 4, R... s'est mis à l'eau jusqu'aux genoux et y reste une heure environ ; peu après, les douleurs reparaissent, mais elles disparaissent de nouveau sous l'action du bromure de camphre. Elles n'ont pas reparu (mai 1877).

Dans le second cas, il s'agit d'une jeune femme de 20 ans, chloro-anémique et enceinte de 7 mois, qui fut prise d'une *névralgie trifaciale droite*. Accès irréguliers, revenant plusieurs fois par jour, très violents. La pression détermine une douleur très vive, surtout au niveau des points sus et sous-orbitaires, qui sont le siège d'élancements avec irradiations le long du trajet des branches du nerf. Elle souffre depuis un mois ; aucun traitement. — Le 1er juin, 6 capsules de bromure de camphre, en trois fois. Dès le lendemain, amélioration considérable. Au bout de quelques jours, guérison.

Nous terminerons cette liste, assurément incomplète (7), par l'appréciation suivante formulée tout récemment par M. le Dr Rabuteau :

« Les essais thérapeutiques paraissent concorder avec l'expérimentation physiologique et semblent annoncer que le monobromure de camphre est appelé à rendre des services dans la thérapeutique des maladies du système nerveux (8). »

Ceci dit nous croyons utile d'insister sur un point particulier l'emploi thérapeutique du bromure de camphre dans le traitement de la *chorée*. Dans sa thèse (9), M. le Dr Pathault a rassemblé 4 observations de chorée guérie par ce médicament, et dues à MM. Lorain, Desnos, Gallard, et des Brûlais. Un autre cas a été rapporté par M. le Dr Petrovitz (*loc. cit.*, p. 42, 43) ; en voici l'analyse :

Il s'agit d'une jeune fille, âgée de 11 ans, qui fut prise de chorée dans le courant du mois de juillet. « Malgré le traitement avec l'extrait de belladone, depuis un jusqu'à huit centigrammes par jour, et le vin de quinquina, la maladie a fait du progrès. Le 20 août, nous voyons la malade, qui a le côté gauche en particulier animé de mouvements involontaires dès qu'on l'examine : elle peut à peine se tenir debout ; elle tomberait même si, dans ces circonstances, on ne la soutenait. La face est grimaçante et la mastication difficile ; il arrive quelquefois que la langue est pincée. Nous conseillons alors l'emploi du *bromure de camphre*. On commence d'abord par une seule pilule de 10 centigr. ; on cesse la belladone, mais on continue le vin de quinquina et quelques bains de rivière. Au bout de huit jours, la malade prenait huit pilules, et déjà l'amélioration était sensible. Ce furent les jambes qui revinrent les premières sous l'empire de la volonté. On continua pendant huit jours encore à la même dose. Il n'y avait plus que la main gauche qui présentait de temps en temps quelques secousses involontaires quand il s'agissait de saisir un objet délicat devant des personnes étrangères ; mais, au bout de vingt jours de traitement, tout phénomène a disparu. »

L'auteur formule ainsi son opinion :

« Bien que ces faits (les faits relatifs à la chorée) ne soient pas encore nombreux, nous avons eu de si heureux résultats que nous n'hésitons pas à croire que c'est une des affections dans lesquelles le bromure de camphre est plus spécialement indiqué quand il n'y a pas de complications. »

Nous avons eu l'occasion de voir un cas analogue à notre consultation de Bicêtre. Nous allons résumer à grands traits l'observation du malade.

Lal...., Henri-Ch., est âgé de 6 ans et demi. Il est très nerveux et d'un tempérament lymphatique. Il a eu une première attaque de chorée en 1884. Elle a commencé dans les premiers jours de juillet, à la suite d'une *peur*, et n'a disparu qu'au commencement d'octobre, c'est-à-dire après une durée de plus de trois mois. *Traitement :* Bains alcalins, valériane, toniques, bromure de potassium, purgatifs.

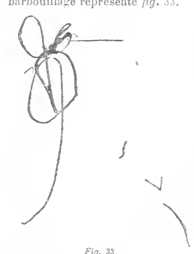
Le 2 février 1885, nous revoyons cet enfant. Il a été pris, il y a huit jours, de mouvements choréiques. Sa mère avait remarqué que, depuis trois ou quatre semaines, il devenait « songeur ». Aucun autre prodrome. Début par la langue et la moitié droite de la face, puis envahissement du bras et de la jambe du même côté, et enfin des membres du côté gauche, mais à un moindre degré. L'agitation est continuelle, avec exacerbation le matin. La nuit, si on ne le maintenait, il tomberait de son lit ; il a des frayeurs et ne veut coucher que dans les bras de son père. Parfois, il ne peut rester assis. En buvant, il répand le contenu du verre. Dans la marche, il se cogne les jambes et tombe souvent. Il est devenu très émotionnable : si on le regarde, il s'imagine qu'on se moque de lui et pleure. Son caractère est très modifié : il déchire ses effets, ses bas, ses souliers, etc., tandis qu'auparavant il était très soigneux. Il parle en mâchonnant, en coupant les mots, bave, se mord la langue. Hier matin, il a fait une chute, a eu *peur*, et, depuis ce moment, l'agitation aurait un peu diminué. Céphalalgie : pas de vomissements, constipation. Au dynamomètre Mathieu : 5 à droite, 9 à gauche. *Traitement* : purgatifs, valériane, sirop d'iodure de fer ; 2 gr. de bromure de potassium.

12 *février*. La mère de L... prétend que l'agitation a peu diminué, qu'elle est plus forte de deux jours l'un. Ainsi, elle est plus prononcée aujourd'hui qu'hier : parole difficile, grimaces incessantes, mouvements continuels des bras, des jambes. La marche est difficile, titubante ; les pieds s'appuient mal, le droit frotte le sol et se soulève plus haut qu'il ne convient ; les jambes sont projetées de côté ; l'enfant s'arrête brusquement et repart plus vite qu'il ne voudrait. Parfois, le corps s'incline latéralement en avant ou en arrière. La joie ou les contrariétés

(1) Hammond. — *Traité des maladies du système nerveux*; trad. Labadie-Lagrave, 1879, p. 1876.
(2) *Nouveaux éléments de matière médicale et de thérapeutique* ; trad. française de M. le Dr J. Alquier. Paris, 1880, p. 478.
(3) *Traité de thérapeutique appliquée* ; 1882, t. II, p. 679.
(4) *Les asiles John Bost à Laforce* (Dordogne) ; broch. 1884.
(5) *The medical and surgical Reporter*, 24 janv. 1885, p. 104.
(6) *Les névralgies, leurs formes et leur traitement* ; Paris 1882, p. 149, 2e édition.
(7) Nous avions relevé deux autres travaux dans les journaux américains ; mais il nous a été impossible de retrouver nos indications bibliographiques.
(8) Rabuteau. — *Traité élément. de thérap.*, 1884, p. 661.
(9) *Loc. cit.*, p. 23 ; 2e édition.

augmentent le désordre musculaire. — Les fonctions digestives s'exécutent bien, mais la constipation persiste. — *Traitement :* 2 capsules de bromure de camphre le soir pendant deux jours ; 2 matin et soir pendant cinq jours ; ensuite 2 le matin et 3 le soir ; le reste *ut supra*.

19 *février*. Au lieu de suivre exactement la prescription, la mère de L... lui a donné dès le premier jour deux capsules le matin et trois le soir. Une amélioration de plus en plus marquée s'est produite à partir du 14 jusqu'à hier soir. A ce moment, sans cause connue, l'agitation a reparu tout d'un coup : mouvements de la tête, des yeux, des membres, envie de pleurer, etc. On l'a couché, et peu après il s'est endormi. Dans la journée, il avait été triste, avait refusé de jouer avec ses frères et était resté couché sur un tapis. Ce matin, l'enfant se présente à nous dans une situation en tout semblable à celle que nous avons décrite il y a huit jours. Il essaie d'écrire son nom ; tout son corps remue, ses pieds battent le parquet, la plume lui échappe ; enfin, après des efforts réitérés, il arrive à tracer le barbouillage représenté *fig.* 33.


Fig. 33.

Traitement : 2 *capsules de bromure de camphre* du 20 au 25 ; 1 le matin et 2 le soir du 26 au 28 ; 2 matin et soir du 1er au 5 mars : sirop d'iodure de fer, tisane de valériane, bains alcalins.

5 *mars*. On note un mieux sensible. L'enfant boit seul, s'habille, mais ne peut se boutonner, parle plus facilement, etc. La chorée, qui prédominait à droite, semble à peu près égale des deux côtés. — Même traitement.

19 *mars*. L'amélioration a continué : L... mange seul sans trop d'inconvénients ; saute à la corde, siffle, est moins impressionnable, n'a plus peur la nuit et couche seul. Il peut maintenir les mains appuyées sur la table sans bouger durant une minute environ. Il écrit encore illisiblement (*fig.* 34). Les grimaces sont intermittentes. La parole est plus libre. La marche est plus assurée, il ne se cogne ni ne tombe plus. Au dire de sa mère, L... a grandi de 4 centimètres. — *Traitement :* Les capsules, supprimées le 16 mars, sont reprises ; huile de foie de morue, vin de gentiane, etc.


Fig. 34.

26 *mars*. Le mieux se soutient. L... mange avec une fourchette, se déshabille, s'habille, se boutonne seul, casse du bois, etc. — Même traitement, mais suppression du bromure de camphre.

16 *avril*. L'enfant paraît à peu près guéri : parole libre' absence de grimaces, mouvements des membres régulier s marche naturelle : cependant sa mère dit qu il lui arrive quelquefois de se pencher brusquement comme s'il allait tomber. Le sommeil est bon. Toutes les fonctions s'accomplissent bien. Son écriture commence à être régulière (*fig.* 35).

Fig. 35.

30 *avril*. L... est guéri. Sa mère, interrogée sur le médicament qui, selon elle, a le plus heureusement agi, a déclaré aussitôt que ce sont les capsules.

21 *mai*. L... n'a pas eu de nouveaux accidents. Son écriture a repris les caractères qu'elle avait avant sa maladie (*fig.* 36).

Fig. 36.

Cette observation s'ajoute à celles qui ont été rapportées par les auteurs pour montrer qu'il est possible de recourir avec avantage au bromure de camphre dans le traitement de la chorée. Il va de soi que l'on doit agir avec prudence, commencer par des doses faibles, que l'on élève progressivement. Dans le cas actuel, nous avons fait prendre les capsules du matin dans l'huile de foie de morue qui, en rendait la dissolution plus rapide.

De l'exposé qui précède, il résulte que le *bromure de camphre* peut être utilement prescrit dans un certain nombre de maladies, ainsi que l'avait indiqué M. le Dr Pathault et notamment dans les cas cas d'excitation génitale (Desnos, Siredey, Lannelongue, Longuet, Gubler, Berger, Pétrowitz, etc.), dans certaines formes de *névralgies* (Desnos, Tommassi, Van Lair, Vacherie, etc.), dans la *chorée* (Lorain, Gallard, Des Brûlais, Petrowitz, F. Raymond, etc.), pour combattre l'état hystérique (Hammond), etc. B.

CONSEIL MUNICIPAL.

Admission des femmes médecins au service médical des écoles.

Le Conseil dans sa séance du 10 juin a adopté sur la proposition de M. Frère le projet de délibération suivant :

Le Conseil, vu la pétition de Mlle Benoit, docteur en médecine, tendant à obtenir un emploi de médecin des écoles primaires de filles ou de médecin du personnel des institutrices ; vu le rapport de sa 4e commission et ses conclusions, délibère : la pétition de Mlle Victorine Benoit est renvoyée à l'Administration avec avis favorable et invitation à y donner suite dans le plus bref délai possible.

NÉCROLOGIE

Mort de Jules Wilbien.

M. Jules WILBIEN, externe à l'hôpital des enfants, est décédé le 7 juin courant des suites d'une diphtérie gagnée dans le service auquel il était attaché Il a été successivement élève de MM. Richet, Gosselin, Pozzi, Berger, Brouardel, C. Paul, Joffroy et Grancher.

M. le professeur Grancher a prononcé sur sa tombe les paroles suivantes :

La diphtérie vient de frapper un nouveau coup, Messieurs ! Elle a terrassé dans toute la force de la jeunesse, à 25 ans, notre pauvre ami Jules Wilbien ; et ni l'admirable dévouement de sa mère, ni l'assistance empressée de ses chefs, et de ses camarades, accourus à son chevet, n'ont pu retarder d'un jour, l'implacable destin. Je vous regrette, mon cher Wilbien, et je pleure sur votre sort, parce que j'aimais vos qualités de cœur et de caractère, votre zèle, votre ardeur, votre entrain dans la tâche quotidienne, parce que je pense aux joies que l'avenir vous tenait en réserve, et que vous ne connaîtrez point, mais je salue votre cercueil avec respect et avec fierté.

Notre famille médicale vit dans l'estime universelle, grâce à ce patrimoine d'honneur, de probité, de dévouements qu'ont formé, et que renouvellent sans cesse, ici, les longs et patients efforts, ailleurs une mort éclatante. Pour le bien commun, pour la science, pour l'humanité, vous avez atteint, du premier coup, les limites du sacrifice, mon cher Wilbien, et vous avez donné votre vie Pour cela vous resterez vivant au milieu de nous, comme l'image du devoir, comme le devoir même ! oui, j'en ai pour garant la ferme attitude de vos camarades du service pendant votre maladie. votre mort sera féconde. — Elle grandira nos courages, elle fortifiera l'âme de votre frère, déjà prête à l'héroïsme du soldat, elle consolera votre mère dans sa pieuse douleur. Adieu, mon cher ami.

Puis M. Laurent, externe du service, est venu en quelques paroles émues, donner le dernier adieu à son camarade.

M. Michelin, président du Conseil municipal, vient offrir à son tour, au nom de la population parisienne, son témoignage de reconnaissance et de sympathie. M. Pierre Moreau, avocat, prononce les dernières paroles dites sur cette tombe. Il rappelle les communes études, les jours de jeunesse; il dit toutes les délicatesses de l'âme, toutes les tendresses du cœur, de celui qui n'est plus.

Enfin M. Peyron prononce le discours suivant :

L'Administration de l'Assistance publique tient à s'associer au deuil d'une famille si tragiquement éprouvée; elle veut ajouter son hommage aux hommages apportés au nom de la ville de Paris, au nom de ses maîtres, au nom de la science et au nom de l'amitié, à ce noble jeune homme, si brusquement enlevé en pleine force, et au seuil d'une carrière qu'il aurait certainement honorée.

M. le Président du Conseil municipal et M. le professeur Grancher ont glorifié Wilbien, et, avec lui, ils ont glorifié tous ces dévouements, qui resteraient cachés dans l'ombre de nos hôpitaux si, chaque année, un éclat soudain ne les rappelait à toutes les mémoires, mais dont l'Administration de l'Assistance publique est tous les jours le témoin reconnaissant.

Hélas! ils sont nombreux ces jeunes hommes qui, comme Wilbien, sont tombés victimes du devoir professionnel; si on les rapprochait, leurs tombeaux formeraient une longue voie sacrée que la jeunesse médicale pourrait traverser le cœur ému, mais le front haut, se rendant à elle-même témoignage que, dans les hôpitaux de Paris, ce sont toujours des mains aussi vaillantes qui, d'une génération à l'autre, se transmettent ce flambeau de la science, qui brillerait d'un moins noble éclat s'il brulait moins souvent le bras qui le porte. W. J.

VARIA

La circulation du sang. — Harvey (1).

Ce qu'il s'agit de prouver maintenant, c'est que le prétendu circuit pulmonaire décrit et trouvé par Colombo, n'a pas servi à Harvey pour découvrir la circulation du sang. D'abord il faudrait dire plus exactement que Colombo a fait passer une partie du sang veineux du ventricule droit au ventricule gauche, à travers le poumon, pour la génération de l'esprit vital. Le mélange du sang avec l'air n'a pas lieu dans le cœur, comme on l'a cru jusqu'à lui. Sa découverte porte seulement sur une fonction nouvelle du poumon. Le sang ne passe plus à travers la cloison interventriculaire. Colombo lui fait prendre une autre route, la bonne. Mais il ne peut donner la moindre idée de circulation. Voyons comme il s'exprime, dans son ouvrage DE RE ANATOMICA au commencement du onzième livre DE VISCERIBUS : « Quoique le foie, le cœur et le cerveau soient des viscères, il n'en sera pas traité ici. J'ai dû les décrire à part, puisqu'ils sont comme trois sources, d'où partent les ruisseaux variés qui arrosent toute la machine humaine, *quod sint instar trium fontium, à quibus varii proficiscuntur rivuli, qui universam hominis fabricam irrigant*.... En effet, pour que l'aliment arrive dans les différentes parties du corps, les veines ont été faites. Elles portent le sang naturel, élaboré par le foie comme dans une véritable fontaine, aux parties supérieures aussi bien qu'aux parties inférieures. La nature a mêlé au sang de la sérosité pour lui servir de véhicule afin qu'il ne s'arrêtât nulle part, et qu'il pût ainsi se rendre jusque dans les petites veines. De même le sang vital avec la chaleur est envoyé par le cœur à toutes les parties du corps au moyen des artères. *Item à corde vitalis sanguis unacum calore ad omnes corporis partes per arterias communicatur*. De la même façon, le cerveau transmet dans tout le corps par les nerfs et la moelle épinière, la sensibilité et le mouvement ».

Il avait dit dans un livre précédent, le sixième, DE JECORE ET VENIS, que la veine cave, la mère de toutes les veines du corps, s'étend, autant dire se ramifie en haut jusqu'à la tête, en bas jusqu'aux pieds, *supra caput versus infra ad pedes extenditur et, ut ita dicam, ramificatur*. Ce sont comme des canaux d'irrigation qui se répandent dans tout le corps pour y porter le sang préparé et élaboré par le foie. Car les veines ne sont rien autre chose que des vaisseaux à parois minces fabriqués pour porter le sang à chaque organe. *Nam venæ nihil aliud sunt quam vasa concava ex tenui quadam substantia conflata, ut sanguinem ad singula membra deferant, fabrefacta*. p. 305. Et dans le livre septième, DE CORDE ET ARTERIIS, « Il ne faut pas croire, comme beaucoup le pensent, que la veine cave sorte de là (du cœur) ainsi que je l'ai dit dans le livre précédent. Car elle n'entre pas dans le cœur, comme on le croit à tort, mais, trouée et large en ce point, elle adhère seulement (par l'oreillette) à l'orifice du ventricule droit, *Illa enim cor non ingreditur, ut falso arbitrantur, sed cum scissa sit eo loco, lataque, dextri ventriculi orificio duntaxat adhærescit*. Vésale était bien plus près de la vérité quand il faisait remarquer les dimensions de la veine cave en ce point, et soutenait ainsi, contrairement à Galien, qu'elle venait du cœur, *ut modo taceam verum venæ cavæ ex corde progressum*. Pour Colombo, la veine artérieuse vient aussi du foie et non du cœur, ce qu'il est facile de constater chez le fœtus. *Vena item arteriosa non a corde oritur, sed a jecore*, p. 326. Il ne faut pas, dit-il une deuxième fois, p. 331, se départir de cet axiome en anatomie, que toutes les artères viennent du cœur, comme les veines du foie et les nerfs du cerveau. *Hoc vero axioma in anatome existimato arterias omnes a corde proficisci, quemadmodum ab hepate venas, necnon a cerebro nervos*. On lit aussi à cette même p. 331 : *Movetur enim arteria continuo non per se sed propter spiritus*. « L'artère bat non par elle-même, mais à cause de l'esprit qu'elle contient. » Colombo était loin de se douter que ce battement lui vient du cœur. Ainsi rien dans son système ne pouvait mettre sur la voie de la découverte que devait faire Harvey.

M. Dastre se trompe bien plus encore sur l'observation *fondamentale* (1) d'André Césalpin. Il commence par cette déclaration solennelle, p. 664 : « la notion du cours du sang tient ici, relativement à la circulation générale, la même place que la notion exacte de la cloison pour le problème de la circulation pulmonaire. Or ce n'est point Harvey qui a établi la vérité à cet égard, ce sont ses deux maîtres : André Césalpin et Jérôme Fabrice d'Acquapendente » ; pour finir par cette conclusion bien inattendue : « on peut dire avec vérité que Césalpin ne comprit lui-même que peu de chose à l'observation dont il était l'auteur, p. 665. » Comme M. Ch. Richet, M. Dastre parle de cette observation, dite fondamentale, sans la connaître. Je le renvoie à mon travail inséré dans le *Progrès médical*, 1880, p. 93. (*Etud. hist*. p. 182 à 196). Il pourra se rendre compte des erreurs qu'il a accumulées dans cette autre phrase de la p. 665 : « Ce fut Césalpin qui, entre 1571 et 1593, renouvela l'observation, et, à ce propos prononça le premier le mot célèbre de circulation » Entre 1571 et 1593 ! Pourquoi ne pas préciser, puisque la prétendue observation se trouve dans la dix-septième proposition du livre second des *Quæstionum medicarum*, ouvrage paru en 1593 à Venise avec la deuxième édition des *Quæstionum peripateticarum* Il s'agit du siège de la suffocation dans l'angine. Dépend-elle de l'obstruction des veines ou de l'occlusion du larynx? Césalpin fait cette remarque, p. 234 A : « Il serait curieux de rechercher pourquoi les veines se gonflent au-dessous du point comprimé et non pas au-dessus... Il aurait dû en être autrement, si le mouvement du sang et de l'esprit se fait des viscères dans tout le corps. » Voilà l'observation fondamentale! Mais tous ceux qui avaient pratiqué la saignée avaient pu la faire. Qu'en a conclu Césalpin? « Que le sang, étant soumis à une sorte de mouvement de flux et de reflux comme les flots de l'Euripe, dès qu'on applique une ligature, le mouvement étant arrêté, le gonflement se produit, comme dans les ruisseaux dont on interrompt le cours. Ce mouvement du sang est différent pendant le sommeil et pendant la veille. Pendant la veille, le mouvement de la chaleur naturelle se fait en dehors vers les organes des sens. L'esprit et le sang se portent alors en plus grande abondance aux artères qui sont le chemin des nerfs. Tandis que pendant le sommeil cette même chaleur revient au cœur par les veines et non par les artères. Car l'entrée se fait naturelle-

(1) Voir le *Progrès médical*, nos 18, 19, 20 et 21.

(1) Expression consacrée par M. Ch. Richet.

ment dans le cœur par la veine cave et est impossible par l'artère , etc., etc. ». Il ne pouvait être ici question de *Circulation*. Aussi n'est-ce pas à ce propos, à propos de l'observation fondamentale, que Césalpin *a prononcé le premier ce mot célèbre*. Le médecin péripatéticien, défenseur des idées d'Aristote, s'était servi de cette expression vingt-deux ans auparavant en 1571, pour indiquer le passage du sang du ventricule droit au ventricule gauche à travers les poumons. *Huic sanguinis* CIRCULATIONI *ex dextro cordis ventriculo per pulmones in sinistrum ejudem ventriculum optimi respondent ea quæ ex dissectione apparent. Nam duo sunt vasa in dextrum ventriculum desinentia, duo etiam in sinistrum. Duorum autem unum intromittit tantum, alterum educit, membranis eo ingenio constitutis. Vas igitur intromittens, vena magna quidem in dextro, quæ cava appellatur ; parva autem in sinistro ex pulmone introducens, cujus unica est tunica ut cæterarum venarum. Vas autem educens arteria est magna quidem in sinistro quæ aorta appellatur, parva autem in dextro ad pulmones derivans, cujus similiter duæ sunt tunicæ ut in cæteris arteriis.* » Tout cela s'il vous plaît, pour prouver que le sang va se refroidir dans les poumons! Car on lit immédiatement auparavant : *Idcirco pulmo per venam arteriis similem ex dextro cordis ventriculo fervidum hauriens sanguinem, eumque per anastomosin arteriæ venali reddens, quæ in sinistrum cordis ventriculum tendil, transmisso interim aere frigido per asperæ arteriæ canales, qui juxta arteriam venalem protenduntur, non tamen osculis communicantes, ut putavit Galenus, solo tactu temperat. Huic sanguinis circulationi*, etc.

Ainsi, Césalpin aurait décrit la circulation pulmonaire, bien qu'il admette encore que le sang passe en partie à travers la cloison. On trouve presque la même chose dans Galien (1). Et c'est une grosse erreur de lui prêter la moindre idée de la circulation générale. Il dit très nettement, que le cours du sang dans les veines se fait du cœur aux organes, que les nerfs sont la continuation des artères. Quel mouvement circulaire imaginer avec ces données là? Le seul mouvement du sang dont parle Césalpin, c'est « le mouvement continuel qui se fait du cœur à toutes les parties du corps à cause de la formation de l'esprit, lequel par son expansion est apte à se répandre dans tous les organes ». C'est l'esprit qui produit la pulsation des artères, etc., etc. Comment a lieu pour le défenseur d'Aristote ce mouvement continuel? « Le cœur attire par sa chaleur naturelle l'aliment des veines, qui est porté du cœur dans les artères. La disposition des valvules ne lui permet pas d'autre route ». Rien de plus ! Malgré cela, M. Dastre, trompé par la littérature perfide de Flourens, fermant toujours les yeux à la lumière et continuant à dénaturer les textes et l'histoire, M Dastre persiste à dire sans raison, p. 664 : « Et voici maintenant que nous allons le montrer (Césalpin) tout près de découvrir à son tour la grande circulation et de cueillir les palmes que la postérité a décernées à Harvey ».

Pourquoi dire encore, sans aucun souci de la vérité. p. 665 : « Deux ans avant que Césalpin eut publié cette observation fondamentale, Jérôme Fabrice d'Acquapendente l'avait éclairée par une découverte anatomique pleine d'intérêt ». D'abord l'observation *fondamentale* n'a été publiée qu'en 1593 et la découverte des valvules des veines date de 1574. Puis elle n'a rien éclairé du tout. Le sang se dirigeant du cœur aux extrémités dans les veines, on a pensé tout simplement avec Fabrice que les valvules ont été faites pour modérer l'afflux du sang veineux, et l'empêche surtout de se porter en trop grande abondance vers les parties déclives, ce qui aurait le double inconvénient de priver les parties supérieures de l'aliment qui leur est nécessaire et d'amener un gonflement perpétuel des mains et des pieds (2).

(1) Voir le chap. VII, du livre de Harvey. C'est Harvey qui cite Galien.

(2) *Ea ratione, uti opinor, a natura genitæ ut sanguinem quadamtenus remorentur, ne confertim ac fluminis instar, aut ad pedes, aut ad manus et digitos universus influat, colligaturque ; duæque incommoda eveniant, tum ut superiores artuum partes alimenti penuriâ laborent, tum vero manus et pedes tumore parpetuo premantur.*

Ce sera toujours la même chose, c'est-à-dire le contraire de la réalité, tant que Harvey n'aura pas montré « comment les veines sont des vaisseaux dont la seule fonction est de ramener le sang des extrémités au cœur (1) ». Voyons ce que le grand Anglais dit au treizième chapitre de son livre paru en 1628 : « L'illustre Jérôme Fabrice d'Acquapendente, très habile anatomiste et vénérable vieillard (ou, comme le veut le très savant Riolan, Jacques Sylvius) a décrit le premier les valvules membraneuses des veines... Celui qui a découvert ces valvules n'a pas su en trouver l'usage, ni les autres après lui ». La démonstration qui suit est d'une clarté merveilleuse. « Par leur disposition, dit Harvey, les valvules empêchent toujours le sang veineux de revenir en haut à la tête, en bas aux pieds, ou sur les côtés aux bras, et elles s'opposent complètement à ce qu'il se dirige des grandes veines dans les veines plus petites. Au contraire, elles favorisent le mouvement qui a commencé dans les petites veines pour finir dans les grandes, en donnant libre accès au sang par une voie largement ouverte ». Pour arriver à une conclusion pareille, il fallait avoir tout changé, avoir renversé la physiologie ancienne, avoir fait en somme une découverte à laquelle tout paraissait opposé, à laquelle personne n'avait songé. Par conséquent pas d'initiateurs, pas de prédécesseurs. Rien que des opposants, au contraire et des envieux. Pourquoi donc ce sentiment d'envie en présence d'une gloire si bien méritée? Que l'étonnement ait été grand, l'opposition de longue durée, rien de plus naturel, mais que la découverte une fois connue et acceptée, on vienne mesurer l'honneur à celui qui l'a faite d'une façon si certaine et si inattendue, c'est aussi incompréhensible qu'injuste!

(*A suivre.*) Dr E. TURNER.

Les malades de l'hôpital des incurables au XVIIIe siècle. — Un abbé trop gourmand.

Pas de chance le frère abbé Cavelier pour un jour de permission ! (24 août 1785) « La Compagnie (2) informée que le frère abbé Cavelier, l'un des malades de l'hôpital des Incurables qui avait obtenu une permission de sortir mercredi dernier, 17 de ce mois, s'est ennyvré au point qu'il a été ramené par un perruquier de la rue de Sèvres, que le garçon de la salle a été jusqu'à 11 heures après lui, ne pouvant le faire coucher, ayant voulu sortir de sa ruelle il est tombé dans la salle et a été frappé à la tête. La matière mise en délibération : La Compagnie a arrêté que ledit frère abbé Cavclier sera privé de vin pendant trois semaines et de toutes sorties pendant six semaines, deffences très-expresses lui sont faites de récidives sous de plus grandes peines, et sera délivré à l'œconome expédition de la présente délibération et extrait au sommelier pour tenir chacun en droit. » La punition dut être bien cruelle pour le pauvre abbé, et surtout au mois d'août où, sous les feux caniculaires, il est si bon de boire un coup ! (3).

Albin ROUSSELET.

Faculté de Médecine de Paris.

4e *Trimestre de l'année scolaire* 1884-85. *Inscriptions et consignations*. I. *Inscriptions* : Le registre d'Inscriptions sera ouvert le mercredi 1er juillet 1885. — Il sera clos le samedi 18 juillet, à 3 heures. Les Inscriptions seront délivrées dans l'ordre ci-après, de midi à 3 heures de l'après-midi : 1° Inscriptions de première année, les mercredi 1, jeudi 2, vendredi 3 et samedi 4 juillet 1885 ; 2° Inscriptions de deuxième année (Doctorat), les mardi 7, mercredi 8, jeudi 9 et vendredi 10 juillet 1885 ; 3° Inscriptions de troisième et quatrième années (Doctorat), 2e, 3e et 4e années (Officiat), les mercredi 15, jeudi 16, vendredi 17 et samedi 18 juillet 1885.

MM. les étudiants sont priés de déposer, un jour à l'avance, leur feuille d'inscriptions chez le concierge de la Faculté : il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au Secrétariat pour prendre leur inscription. Les numéros d'ordre pour les inscriptions de troisième et de quatrième années de Doctorat, 2e, 3e et 4e années d'officiat (soumises au stage) ne seront distribués qu'à partir du 13 juillet 1885.

Avis spécial à MM. les internes et externes des hôpitaux. — MM. les Etudiants, internes et externes des hôpitaux, devront

(1) *Quomodo per venas ab extremitatibus, ad cor retro sanguis remeat, et quomodo venæ sint vasa deferentia eumdem, ab extremitatibus ad centrum.*

(2) Les administrateurs de l'Hôtel-Dieu de Paris.

(3) *Archives de l'Assistance publique. Registres des délibérations*. 155e registre, p. 465.

joindre à leur feuille d'inscriptions un certificat de leur chef de service, indiquant qu'ils ont rempli leurs fonctions d'interne ou d'externe pendant le 3e trimestre 1884-85. Ce certificat doit être visé par le directeur de l'établissement hospitalier auquel l'étudiant est attaché. Ces formalités sont de rigueur : Les inscriptions seront refusées aux internes et externes des hôpitaux qui négligeraient de les remplir.

Le stage hospitalier obligatoire commence en novembre, à partir de la 9e inscription (Doctorat) et de la 5e (Officiat) ; il se continue sans interruption jusqu'à la fin du trimestre qui suit la 16e inscription. Le nombre de jours de stage par trimestre est ainsi déterminé : 1er trimestre, novembre et décembre 56 jours ; 2e trimestre, janvier, février et mars, 86 jours ; 3e trimestre, avril, mai et juin, 86 jours ; 4e trimestre, juillet à octobre inclusivement 36 jours. Les inscriptions pour le stage sont reçues après l'inscription de juillet (8e Doctorat, et 4e Officiat), au Secrétariat de l'Administration de l'Assistance publique, sur la présentation de la feuille d'inscriptions. — II. *Consignations* : I Les élèves ajournés, à la session de novembre 1884, au 1er examen de doctorat (nouveau mode) et aux 1er, 2e et 3e examens de fin d'année (Doctorat et Officiat : ancien mode), devront consigner les 15 et 16 juin, aux heures ordinaires. Ils seront appelés à subir leur examen du 29 juin au 4 juillet. II. Les élèves de 1re année (nouveau mode) qui désirent subir le 1er examen de Doctorat avant les vacances devront consigner les mercredi 24 et jeudi 25 juin. (Ils prendront la 4e inscription dans la 1re semaine de juillet). Ceux qui ne consigneront pas aux dates ci-dessus indiquées seront renvoyés à la session d'octobre Les élèves de 1re, 2e et 3e années (ancien mode) et les aspirants à l'Officiat devront consigner, pour les examens de fin d'année, en prenant, selon le cas, la 4e. la 8e ou la 12e inscription. En cas d'ajournement, ces élèves (ancien et nouveau mode) pourront se présenter de nouveau à la session qui aura lieu du 19 au 31 octobre prochain Ils devront se faire inscrire le lundi 12 ou le mardi 13 octobre 1885, dernier délai. (Ces dispositions sont applicables aux élèves de 1re année qui ne se présenteraient pas à la session de juillet). — III. *Ostéologie* : Les démonstrations d'ostéologie commenceront le lundi 19 octobre 1885. MM. les Etudiants qui auront passé avec succès le premier examen de Doctorat devront se faire inscrire avant les vacances, à l'Ecole pratique, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine. A cet effet, le bureau du Chef de matériel sera ouvert tous les jours, de midi à 4 heures, pendant la période des examens (Arrêté par la Commission scolaire dans sa séance du 18 mai 1885.)

Thèses soutenues à la Faculté de Médecine.

Mercredi 17. — M Sapelier. Etude sur le sulfure de carbone. — M. Ricard. Contribution à l'étude des concrétions calcaires et phosphatiques de la vésicule biliaire. — M. Wickham. De la cure radiale du varicocèle par la résection du scrotum. — *Jeudi* 18. — M. Leroy. Statistique de la mortalité de la nouvelle clinique d'accouchements au point de vue de la fièvre puerpérale et de la méthode antiseptique. — M. Le Large. Contribution à l'étude des lésions du cervelet. Symptomatologie et diagnostic. — M. Bourthoumieux. Attitudes vicieuses du pied dans les fractures de jambe. — M. Naudin. Contribution à l'étude des ulcérations du col. — *Vendredi* 19 — M Saric Nature et traitement de la chorée. — M. Loghiadès. De l'allongement hypertrophique et de l'élongation de la portion sus-vaginale du col de l'uterus. — *Samedi* 20. — M. Parent. Contribution à l'étude de la mort dans la variole. — M. Beluze. De l'éthermanie.

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 15. — Médec. opér. (Epreuve pratique) : MM. Guyon, Lannelongue, Segond. — 2e *de Doctorat* (N. R., 2e partie) phys. : MM. Béclard, Farabeuf, Ch. Richet. — 3e *de Doctorat* (N. R., 2e partie) : MM. Hayem, Damaschino, A. Robin. — 3e *de Doctorat* (A. R.) : MM. Gautier, Gariel, Blanchard. — 5e *de Doctorat* (A. R.) (Hôtel-Dieu). 1re *Série* : MM. Trélat, Fournier, Ribemont-Dessaignes ; — 2e *Série* : MM. Verneuil, Potain, Pinard ; — 3e *Série* : MM Vulpian, Tarnier, Reclus

MARDI 16. — Dissect. (Epreuve pratique) : MM. Sappey, Farabeuf, Bouilly. — 1er *de Doctorat* (A. R.) oral : MM G. Sée, Cornil, Peyrot. — 2e *de Doctorat* (N. R., 1re partie) oral : MM Robin, Duplay, Richelot. — 3e *de Doctorat* (N. R., 2e partie) : MM. Hardy, Bouchard, Hallopeau. — 4e *de Doctorat*. 1re *Série* : MM. Brouardel, Grancher, Debove ; — 2e *Série* : MM. Jaccoud, Landouzy, Hanot. — 5e *de Doctorat* (N. R., 1re partie) (Charité) : MM. Richet, Le Fort, Charpentier. — 5e *de Doctorat* (A. R. (Charité). 1re *Série* : MM. Pajot, Ball, Campenon ; — 2e *Série* : MM. Panas, Peter, Raymond.

MERCREDI 17. — Dissect. (Epreuve pratique) : MM Béclard, Farabeuf, Reynier. — 3e *de Doctorat* (A. R.) : MM. Regnauld, Baillon, Guebhard. — 5e *de Doctorat* (N. R., 1re partie) (Charité). 1re *Série* : MM. Trélat, Lannelongue, Ribemont-Dessaignes ; — 2e *Série* : MM. Verneuil, Tarnier, Segond — 5e *de Doctorat* (N. R., 2e partie) (Charité : MM. Fournier, Damaschino, Joffroy.

JEUDI 18. — Méd. opér. Epreuve pratique) : MM. Duplay, Farabeuf, Humbert. — 1er *de Doctorat* A. R.) oral : MM. Sappey, Grancher, Richelot. — 3e *de Doctorat* (N. R., 1re partie), oral : MM. Le Fort, Panas, Charpentier. — 3e *de Doctorat* (N. R., 2e partie) : MM. Bouchard, Laboulbène, Hallopeau. — 4e *de Doctorat*. 1re *Série* : MM. Cornil, Landouzy, Raymond ; — 2e *Série* : MM. Hardy, Brouardel, Quinquaud ; — 3e *Série* : MM. Ball, Jaccoud, Hutinel.

VENDREDI 19. — Dissect. (Epreuve pratique) : MM. Verneuil, Farabeuf, Reclus. — 1er *de Doctorat* (A. R.) oral : MM. Béclard, Damaschino, Ch. Richet. — 3e *de Doctorat* (A. R.) : MM. Regnauld, Gariel, Blanchard — 4e *de Doctorat* : MM. Hayem, Fournier, A. Robin. — 5e *de Doctorat* (N. R, 1re partie), (Charité) : MM. Trélat, Guyon, Ribemont-Dessaignes. — 5e *de Doctorat* (A. R) (Charité) : MM Potain, Tarnier, Terrillon.

SAMEDI 20. — 1er *de Doctorat* (A. R), oral : MM. Sappey, Duplay, Campenon. — 4e *de Doctorat* 1re *Série* : MM. Hardy, Jaccoud, Hallopeau ; — 2e *Série* : MM. Bouchard. Ball, Quinquaud : — 3e *Série* : — MM. Peter, Landouzy. Debove. — 5e *de Doctorat* (N. R.. 1re partie) (Hôtel-Dieu) : MM. Pajot, Richet, Humbert. — 5e *de Doctorat* (A. R.) (Hôtel-Dieu) : MM. Panas, Grancher, Charpentier.

Enseignement médical libre.

Cours particulier de technique microscopique. — M. LATTEUX, chef du laboratoire de clinique chirurgicale de l'hôpital de la Charité, commencera un nouveau cours, le jeudi 18 juin, à 4 heures, dans son laboratoire, rue du Pont-de-Lodi, n° 5. Ce cours, essentiellement pratique, est destiné à mettre les élèves en mesure d'exécuter les analyses microscopiques que comporte journellement la profession médicale. Pour cela, ils sont exercés individuellement et répètent eux-mêmes toutes les expériences. Les microscopes et autres instruments sont à leur disposition. On s'inscrit chez le Dr Latteux, 4, rue Jean-Lantier, près le Châtelet, de 1 heure à 2 heures.

FORMULES

15. Cotoïne.

La *cotoïne* a été isolée par J. Jabst (de Stuttgard) en 1875. La cotoïne, c'est la substance active du *coto* (écorce d'une famille encore indéterminée (laurinées ou térébenthacées) ; elle cristallise en aiguilles quadratiques jaunâtres, fusibles à 130° (Würtz) ; soluble dans l'eau bouillante, l'alcool, l'ether, le chloroforme ; peu soluble dans l'eau froide, dans la benzine et le pétrole léger ; sa saveur est amère (1).

Antiputride et antizymotique (Pribram), elle ne ferait que retarder les fermentations (Albertoni).

Propriétés physiologiques. — A la dose d'un gramme, sur les lapins, on n'observe aucune action toxique (Burkart) (2) ; à celle de 10 à 20 centigr. chez l'homme sain (dose répétée plusieurs fois par jour), elle augmente l'appétit sans produire aucuns désordres ni constipation ; insoluble dans le suc gastrique, elle est soluble dans les liquides intestinaux ; elle dilaterait les vaisseaux abdominaux (Albertoni) ; elle produirait une modification et une régénération des fonctions physiologiques de l'épithélium de l'intestin (Albertoni), un abaissement de la température (Burkart) ; elle serait sans action sur les mouvements péristaltiques de l'intestin mais jouirait de propriétés antisudoriques (Fronmuller, et antisialorrhéiques (Albertoni). L'élimination s'opère par les urines ; il y a une diminution de l'indican (Burkart, Pribram) (3).

Emploi thérapeutique. — La cotoïne trouve surtout son emploi comme antidiarrhéique, sauf dans les cas d'ulcération intestinale, et chez les alcooliques et les cirrhotiques (Burkart, Albertoni, Gielt, Pribram, Petrone, etc.) On l'a encore recommandée dans le choléra, les sueurs nocturnes des phtisiques (Fronmuller), la sialorrhée (Albertoni), etc. Un certain nombre d'autres auteurs pa-

(1) Les propriétés chimiques de la cotoïne varient selon les auteurs ; nous avons cru devoir nous guider provisoirement sur les renseignements donnés par Würtz.

(2) *Communicazione interno all' uso della cotoïna contro il cholera asiatico, in Recista de clinica medica e farmaceutica tossicologia et farmacologia,* vol. 1, fasc. VIII, août 1883. M. Gasparini aurait employé avec succès cette formule dans un cas de diarrhée persistante chez une phtisique.

(3) *Cotorinde und Cotoin* (*Wurtemberger. med. Correspondenzbl.*, n° 20, 1876).

raissent n'avoir obtenu aucun résultat à la suite de l'administration de la cotoïne (Patella, Cantani, Bergensio, etc.) (1).

Cotoïne pure. . . . . 1 gr.
Ether acétique. . . . 4 gr.

Injecter une seringue de Pravaz toutes les 15 ou 30 minutes ou toutes les heures; l'injection doit être poussée profondément.

MM. Burkart et Jabst qui, après Bœtz (de Yeddo) (1878), préconisaient cette solution contre le choléra, recommandent d'y ajouter de 2 à 4 gr. de chloral pour atténuer la douleur. Ils ajoutent que, selon la gravité de la maladie, les doses peuvent être augmentées, les préparations de coto n'ayant aucune action narcotique et ne produisant aucun trouble.

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 31 mai au samedi 6 juin 1885, les naissances ont été au nombre de 1058, se décomposant ainsi: *Sexe masculin*: légitimes, 432, illégitimes, 121. Total, 553. — *Sexe féminin*: légitimes, 359; illégitimes, 146. Total, 505.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1881; 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 31 mai au samedi 6 juin 1885, les décès ont été au nombre de 1039, savoir: 549 hommes et 490 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes. Fièvre typhoïde: M. 11, F. 5. T. 16. Variole: M. 2 F. 2 T. 4. — Rougeole M. 27, F. 23, T. 50. — Scarlatine: M. 1 F. . T. 1. — Coqueluche: M. 1. F. 3. T. 4. — Diphthérie, Croup M. 8 F. 12, T. 20. — Dyssenterie: M .. F. .. T. .. — Erysipèle M. 4, F. 2, T. 6. — Infections puerpérales: 5 — Autres affection épidémiques: M. .. F. .. T. . — Méningite tuberculeuse et aiguë: M. 25 F 25. T. 50. — Phthisie pulmonaire: M. 98, F. 85 T. 183. — Autres tuberculoses M. 17, F. 9. T 27. — Autres affections générales: M. 34. F 34 T 68 — Malformations et débilité des âges extrêmes: M. 21, F. 24. T. 65 — Bronchite aiguë: M. 13 F. 10 T 23 — Pneumonie: M. 43, F. 38, T 81. — Athrepsie: M. 12, F. 29 T. 62. — Autres maladies des divers appareils: M. 169, F. 164, T. 333. — Après traumatisme: M. .. F. .. T. .. — Morts violentes: M. 20, F. 7. T. 27 — Causes non classées M 14. F. 9, T 23.

Mort-nés et morts avant leur inscription: 72 qui se décomposent ainsi: *Sexe masculin*: légitimes, 32; illégitimes, 16 Total: 48. — *Sexe féminin*: légitimes, 12; illégitimes, 12. Total: 24.

Concours. — L'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de licence ès sciences aura lieu, aux sièges des diverses facultés des sciences de France, le mercredi 1er juillet prochain.

Agrégation. — *Concours*. Des concours pour quarante-huit places d'agrégés à répartir entre les diverses facultés de médecine ci-après désignées: Paris (10), Bordeaux (6), Lille (9), Lyon (8), Montpellier (8), Nancy (7), s'ouvriront à Paris — Le 1er décembre 1885, pour la section de médecine (pathologie interne et médecine légale); — Le 1er mars 1886 pour la section de chirurgie et accouchements; — Le 1er juin 1886 pour la section des sciences anatomiques et physiologiques et pour la section des sciences physiques. Les candidats s'inscriront chacun d'une manière spéciale pour l'une des places mises au concours dans chaque faculté et pourront s'inscrire subsidiairement pour plusieurs places. Les agrégés qui seront nommés à la suite de ces concours n'entreront en exercice que le 1er novembre 1887; la durée de leur exercice sera de huit années?

Association médicale britannique. — La 53e réunion annuelle de cette association aura lieu à Cardiff, du 28 au 31 juillet prochain, sous la présidence du Dr Cuming (de Belfast). Une exposition d'objets concernant la médecine, la chirurgie et l'hygiène sera ouverte pendant la durée du meeting.

Société de patronage des orphelins d'Alsace et de Lorraine. — La Société de Patronage des Orphelins d'Alsace et de Lorraine, dont le siège est à Paris, 16, avenue de Villars, a pour but d'*adopter les orphelins ou enfants abandonnés de nos provinces cédées à l'Allemagne*, de les élever suivant leurs aptitudes jusqu'à la majorité et de leur faciliter ensuite les moyens de s'établir, de préférence à la campagne.

Orphelins adoptés par la Société depuis sa fondation 657
Dont 187 encore dans des orphelinats ou dans des écoles professionnelles:
73 entrés dans l'armée française;
372 placés dans diverses conditions;
25 sont morts en 12 ans.

La Société paie pour ses pupilles, jusqu'à l'age de 15 ans révolus, une pension annuelle de 240 francs; les écoles professionnelles et les études spéciales en vue d'examens nécessitent des dépenses beaucoup plus considérables. Pour réaliser de nouvelles ressources, la Société de Patronage a organisé une *Exposition de tableaux primitifs anciens et modernes, dans la Salle des Etats, au Louvre, place du Carrousel. Elle fait appel à tous les cœurs généreux animés du désir patriotique de venir en aide à des enfants de l'Alsace et de la Lorraine, restés fidèles à la France.* — L'exposition sera ouverte tous les jours, de 9 heures du matin à 6 heures du soir, du 17 mai au 1er juillet. — Les médecins étant souvent consultés au sujet du placement des enfants, nous avons cru utile de reproduire la note qui précède.

Ecole d'antropologie. — Cette école vient de décider la création d'une chaire de l'*histoire des civilisations* et il a nommé professeur de cette chaire, M. le Dr Letourneau.

Herborisation. — M. Chatin, professeur de botanique à l'Ecole supérieure de pharmacie, fera une herborisation publique, *du 13 au 18 juin, dans les Ardennes et la Meuse*. Le rendez-vous est à la gare de l'Est, *samedi 13 juin à 11 heures 1/2* pour le train partant de Paris à midi pour Charleville.

— M Bureau, professeur de botanique au Muséum d'histoire naturelle fera sa prochaine herborisation publique le dimanche 21 juin. Rendez-vous, gare de Lyon, pour le train de 7 h. 35 m. Prière de se faire inscrire et de verser le montant du voyage, Galerie des Herbiers, au Muséum, de 1 heure à 4 heures avant le vendredi 19 juin.

Conférence sanitaire internationale de Rome. — Les délégués français sont les Drs Brouardel, Proust et Rochard. Le délégué allemand est le prof. Koch, celui de la Turquie, M. le prof. R. Zoeros-Bey.

Société française d'otologie et de laryngologie. — Le Comité de la société française d'otologie et de laryngologie a décidé: 1° De fixer la première séance de la session générale annuelle au mardi de la semaine de Pâques de 8 heures à 11 heures du soir, les 2e et 3e séances aux vendredi et jeudi de 9 heures à midi, et le banquet au jeudi soir 7 heures; 2° De mettre à l'étude pour la session générale de l'année 1886, les deux questions suivantes: *A*. Traitement de la suppuration de la caisse du tympan. *B*. Traitement local de la tuberculose laryngée (*période ulcéreuse*) par les moyens chirurgicaux; 3° De rappeler à Messieurs les membres de la société, l'art. 10, § 11, du règlement ainsi conçu et modifié: « Le manuscrit de tout mémoire présenté ou lu dans les séances de la session générale sera écrit en français et ne pourra pas excéder dix pages du bulletin de la Société. » Messieurs les membres de la société sont priés d'adresser leurs mémoires et correspondances au Secrétaire du Comité pour l'année 1885-1886, M. le Dr Moura, 37, Chaussée d'Antin et leur cotisation au trésorier, M. le Dr Ménière, 8, boulevard des Capucines (jamais au secrétaire) afin d'éviter à l'avenir toute erreur. Le Comité prie Messieurs les membres de la Société de vouloir bien aussi donner leur avis le plus promptement possible sur la préférence à donner au mois de septembre ou au mois d'octobre pour la session ordinaire prochaine.

Excursion géologique. — M. Stanislas Meunier, aide-naturaliste au Muséum d'Histoire naturelle, fera une excursion géologique publique le dimanche 14 juin 1885, à Goussainville et Louvres. — Rendez-vous gare du Nord où l'on prendra à 8 heures le train pour Goussainville — Rentrée à Paris à 4 heures 1/4. — Pour profiter de la réduction de 50 0/0, il est indispensable de verser le montant de la demi place au laboratoire de géologie avant samedi soir 4 heures.

Association médicale italienne. — Le 11e congrès de cette association aura lieu à Pérouse, au mois de septembre prochain.

Nouveau journal. — Nous recevons *la Universitad*, organe libre penseur, paraissant hebdomadairement à Madrid. Nous envoyons nos meilleurs souhaits à notre nouveau confrère.

Nécrologie. — M. Prevaut, officier de santé à Montrésor (Indre-et-Loire). — Dr Henri-Joseph-Dominique Calvo, inspecteur des eaux minérales de la Seine, décédé à Versailles.

Chronique des hôpitaux.

Hopital Andral. — Service de M. Debove. Visite à 9 heures. Consultation lundi, mercredi, vendredi. — Salle n° 1 (H.): 2, cancer du pharynx; 3, paralysie générale; 4, phlegmon de la fosse iliaque; 7, cancer de l'estomac; 11, rhumatisme; 13, diabète; 17, hémiplégie gauche; 18, paralysie générale; 20, ataxie locomotrice; 22, pleurésie purulente; 24, sciatique; 27, insuffisance mitrale; 30, péritonite tuberculeuse; 31. insuffisance aortique: 33, cirrhose hypertrophique; 42, emphysème; 44. myélite syphilitique, — Salle n° 2 (H.): 3, fièvre typhoïde; 4, myélite syphilitique; 7, mal de Bright, intoxication saturnine; 9, cancer de l'estomac; 12, paralysie générale; 15, rhumatisme; 17, pleurésie. — Salle des (F.):

(1) Voir, pour plus de détails, Bricon, *du coto, de la cotoïne et de la paracotoïne* (*Progrès médical*, 22 déc. 1883).

13e ANNÉE. — 2e SÉRIE: T. I. No 25 BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 20 JUIN 1885.

Le Progrès Médical

CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE. — **M. H. LELOIR**.

Leçons sur la Syphilis (1);

Professées à l'hôpital Saint-Sauveur.

QUATRIÈME LEÇON (6 février 1885).

SOMMAIRE.— *Chapitre I. — Du virus syphilitique* (Suite). *A. Inoculation.* faut, pour qu'il y ait contamination, que le virus syphilitique trouve une porte d'entrée, un foramen contagiosum. —Nécessité de l'effraction épidermique dans la syphilis acquise ou mieux par inoculation ; contrairement à ce qui se passe pour la syphilis par conception ou pour la syphilis héréditaire. — Conséquences pratiques et cliniques découlant de la nécessité de cette effraction épidermique : Les régions où le chancre se montre le plus souvent sont celles qui se déchirent le plus facilement. Chancres multiples (exemples). — Un sujet peut être littéralement enduit de virus syphilitique et ne contracter qu'un seul chancre, là où existait une porte d'entrée préexistante ; (Exemple). — Chancres syphilitiques situés sur les parties les plus diverses du corps. (Exemple). — Rareté des chancres du vagin, etc. — L'absorption du virus est des plus rapides. Peut-on empêcher l'infection générale, en détruisant de suite, *largâ manu*, les tissus contaminés?

Chapitre II. — Le virus inoculé demeure latent pendant un certain temps. B. Période dite de première incubation. — Absence de réaction locale apparente à l'œil nu tout au moins pendant un temps assez long, au niveau du point inoculé. Période de latence du virus ou de première incubation. — Cette période d'incubation a une durée longue. Détermination précise de cette durée fondée sur l'expérimentation et la clinique. Durée moyenne; durées exceptionnelles. — On ne sait rien de précis sur les conditions qui modifient la durée de la période d'incubation. Importance de la période d'incubation : Au point de vue théorique: Dualisme. Le chancre est-il le premier symptôme de l'infection générale, ou non ? Au point de vue pratique : Importance diagnostique, pronostique, médico-légale, sociale, etc.

Conclusions. —Nous ne savons rien sur l'état local ou général de l'organisme pendant la période dite de première incubation. Est-ce à dire qu'il ne se produit pas au niveau du point inoculé de phénomènes histologiques, histochimiques quelconques? Est-ce à dire que le microbe de la vérole, s'il y en a un, ne se multiplie pas au niveau du point inoculé pendant cette période d'incubation ? Herpès prémonitoire de Cusco. Un sujet sain inoculé avec du virus syphilitique aura-t-il fatalement la vérole si l'inoculation est bien faite ?

A. INOCULATION.

Messieurs, il importe de le savoir, il ne suffit pas que le virus soit déposé sur une surface tégumentaire saine pour qu'il y ait contamination. Il faut, et différents exemples vous l'on t déjà montré, il faut que le virus trouve sur cette surface cutanée ou muqueuse une *porte d'entrée*.

Comme le dit Ricord dans ses *lettres sur la syphilis* (page 151 : « l'observation et l'analyse des faits démontrent que la contagion de la vérole, dans quelque circonstance qu'elle s'opère, se réduit en dernière analyse à un procédé d'inoculation plus ou moins analogue au procédé par la lancette ». Il faut en effet, pour qu'il y ait contamination, que les deux conditions suivantes se trouvent réunies: 1° qu'il y ait un foramen contagiosum, une porte d'entrée extemporanée ou préexistante au dépôt du virus; qu'il y ait effraction de l'épiderme avant ou au moment où le virus est déposé ; 2° qu'il y ait dépôt de virus.

Cette première proposition, la nécessité de l'effraction épidermique, de l'écorchure, porte d'entrée du virus, est d'une grande importance. Elle nous explique comment il se fait que les régions les plus ordinairement contaminées sont celles qui ont le plus de tendance aux écorchures; comment des hommes ou des femmes ont pu transmettre la vérole sans être contaminés eux-mêmes; les chancres multiples survenus dans certaines conditions. Exemple : le fameux cas de Lailler dont je vous ai parlé dans mes leçons précédentes, où un homme s'étant exposé à la contamination syphilitique, après avoir été frotté pour la gale contracta autant de chancres syphilitiques (19) que la frotte lui avait ouvert de sillons sur le pénis. Vous venez de voir dans notre salle un cas de dix chancres infectants du pénis survenu dans des conditions analogues (n° 16 de la salle des vénériens).

Elle nous explique comment certains individus, après avoir été véritablement enduits de virus syphilitique en différentes parties du corps, contractent un chancre syphilitique unique là seulement où il existait une excoriation antérieure. Exemple: L'étudiant en médecine dont je vous ai déjà parlé, lequel ayant été véritablement badigeonné (passez-moi l'expression) de virus syphilitique sur les parties les plus diverses du corps par la salive virulente d'une femme atteinte de syphilides buccales, fut inoculé par ses baisers, là seulement où existait une porte d'entrée au virus, une crevasse d'eczéma situé entre les orteils. Elle nous rend compte de la présence de plusieurs chancres syphilitiques situés au niveau des parties les plus diverses du corps chez le même sujet. Exemple: L'histoire du nommé Eugène G... que j'ai observé en 1879 dans le service de mon maître Lailler, et qui était atteint de deux chancres infectants, le premier à la verge, le deuxième sur le bord du maxillaire inférieur à gauche.

Elle nous explique enfin, comment il se fait, par exemple, qu'un individu ayant eu des rapports: 1° normaux, 2° a præpostera venere avec une même femme donne à celle-ci un chancre de l'anus. Dans ce cas, en effet, les voies naturelles qui sont accoutumées à cet acte physiologique s'écartent sans se déchirer. Il n'en est pas de même des voies non naturelles plus résistantes. Elle nous rend compte de la très grande rareté des chancres du vagin chez la femme par suite de l'épaisseur et de l'élasticité de l'épithélium de cette muqueuse qui se laisse ainsi distendre sans se déchirer, qui est très rarement excoriée, contrairement à l'orifice vulvaire et au col utérin. Elle nous explique comment des femmes peuvent être atteintes de chancres de l'anus sans qu'il y ait eu de rapports a præpostera venere, par suite de l'écoulement vers l'anus présentant une excoriation quelconque, des liquides virulents qui s'écoulent pendant ou après le coït, hors d'un conduit vulvo-vaginal indemne de toute excoriation. Il en existe en ce moment deux beaux exemples dans nos salles de femmes (St-Côme, St-Henri).

(1) Voir *Progrès médical*, nos 11, 12, 16, 17, 20 et 21.

Donc, Messieurs, retenez-le : pour qu'il y ait infection il faut qu'il y ait une porte d'entrée, quelque petite qu'elle soit, (crevasses, coupures, érosions quelconques, vésicules d'herpès, excoriations d'eczéma, de balanite, etc.); permettant l'absorption du virus. Cette absorption est des plus rapides comme nous le verrons.

Voici donc le virus déposé en un point du tégument externe ou interne. Par suite d'une solution de continuité minuscule, l'absorption locale est faite, et partant la contamination.

Il nous faut noter tout d'abord, que malgré les tentatives les plus rapides faites pour chasser le virus, il semble que l'on ne puisse plus l'enlever du point d'inoculation. Cette remarque paraît vraie, en tous cas, lorsque l'on se borne à laver, à exprimer, même immédiatement, le point inoculé. Exemple : un fait rapporté par Jullien. Un médecin atteint d'une écorchure saignante du doigt, s'aperçut en examinant un syphilitique que cette excoriation venait de toucher la surface d'un chancre. Ce pauvre médecin fit aussitôt les ablutions les plus complètes. Ce fut en vain. Il fut atteint plus tard d'un chancre infectant du doigt.

En serait-il de même si l'on pouvait de suite cautériser profondément ou exciser largement la partie souillée? Cela paraît probable, je le crois, quelques observations semblent plaider en faveur de cette opinion, mais enfin celle-ci est loin d'être démontrée d'une façon certaine. J'aurai à revenir sur cette question lorsque je vous parlerai de l'excision du chancre comme moyen abortif de la syphilis, de l'éradication de la syphilis, suivant l'expression pittoresque de Diday. Ceux d'entre vous que la question intéresserait pourront d'ailleurs consulter un travail sur « la destruction du chancre comme moyen abortif de la syphilis » que j'ai publié en janvier 1881 dans les *Annales de Dermatologie* ».

Chapitre II. — *B.* Période de première incubation.

Voici donc le virus, le microbe de la syphilis inoculés en un point du tégument. Que va-t-il se passer? Chose curieuse, si l'on s'appuie sur les faits cliniques ou mieux sur les faits d'inoculation expérimentale, il ne se passe rien d'appréciable à l'œil au niveau du point inoculé. La plaie d'inoculation se referme, l'excoriation qui a laissé pénétrer le virus se referme, et pendant un certain temps, l'on ne voit plus rien se produire au niveau du point inoculé. Rien, absolument rien.

Il y a incubation. Le virus inoculé demeure latent. Et cependant, bien que latent, il n'en travaille pas moins, localement tout au moins, puisque au bout d'un certain temps sa présence se manifestera par l'apparition d'un premier accident, lequel se montrera toujours au niveau du point d'inoculation, le chancre.

Il paraît donc très probable que si l'on pouvait étudier histologiquement pendant cette période de latence, le point inoculé, on pourrait y constater la présence de lésions histologiques. En tous cas, tout doit nous porter à croire que si l'on découvre un jour le microbe de la syphilis, on verra ce microbe pulluler plus ou moins au niveau du point d'inoculation, dès les premiers jours de celle-ci. Quoi qu'il en soit, au point de vue clinique, cette période de latence existe. C'est la période de première incubation.

Combien de temps dure cette première période d'incubation? Sa durée est longue, et cette longueur est d'une grande importance diagnostique, car elle ne se rencontre pas dans le chancre simple. Elle a été méconnue tant que les unicistes ont confondu les deux chancres. La durée de la période d'incubation a été déterminée d'une façon précise par la clinique, et mieux encore, car les faits cliniques sont toujours un peu sujets à caution dans des questions aussi difficiles, par l'expérimentation. L'expérimentation a montré que le temps écoulé entre l'inoculation et l'apparition de la première lésion, a été, pour les chancres consécutifs à l'inoculation du chancre de : 15 jours au minimum, 39 jours au maximum, donc en moyenne de 27 jours. Dans les inoculations faites avec des accidents cutanés ou muqueux des périodes précoces de la syphilis, la durée de la période d'inoculation a été de 10 jours au minimum, de 42 jours au maximum (donc en moyenne de 26 jours). Dans les incubations de syphilides pustuleuses précoces, la période d'incubation de 28 jours au minimum, au maximum de 35 jours, donc en moyenne de 30 jours. Dans les inoculations faites avec du sang de sujets syphilitiques secondaires, le minimum de l'incubation semble avoir été de 15 jours, son maximum de 35 jours, donc sa durée moyenne a été de 25 jours. Dans un cas récent sur lequel nous reviendrons, Bumm (Vierteljahresschr. für Dermatologie und syphilis, 1882) en inoculant sur un sujet sain du virus recueilli dans les ganglions syphilitiques inguinaux d'un vérolé à la période secondaire a vu paraître l'accident primitif 10 jours environ après l'inoculation au niveau de trois points inoculés et environ 20 jours après l'inoculation, dans un quatrième point.

En somme, vous le voyez, sauf quelques cas exceptionnels, le premier accident de la syphilis inoculée expérimentalement se montre en moyenne 25 jours après l'inoculation. Donc, jamais le chancre, première réaction de l'organisme, contre le virus syphilitique, ne s'est montré ni le premier jour, ni le deuxième, ni le quatrième, ni même dans la première semaine. Il s'écoule en moyenne 3 à 4 semaines avant que le chancre apparaisse. Cette démonstration faite d'une façon complète et précise par l'expérimentation, est vérifiée par la clinique. L'incubation du chancre syphilitique clinique est la même que celle du chancre expérimental. La même, parce qu'elle peut varier d'un sujet à l'autre de 10 jours au minimum, à 42 jours aux maximum, car je ne vous parlerai pas des cas exceptionnels où le chancre s'est montré 60 jours, 71 jours, et même 3 mois après l'infection!! La même, parce que la durée de l'incubation de ce chancre clinique est en moyenne de 20 à 30 jours, de 3 à 4 semaines environ. Donc, Messieurs, retenez-le bien, ce n'est que 3 à 4 semaines après s'être exposé à la contamination que le malade verra apparaître son chancre. C'est là la durée moyenne admise par la plupart, j'oserais dire par la pluralité des syphiligraphes. Les malades que je vous présente rentrent complètement dans cette règle.

Quant aux conditions qui modifient la durée de la période d'incubation, nous ne savons rien de précis à cet égard. On ignore les conditions de réceptivité individuelle qui peuvent les faire varier. L'influence du point où a été faite l'inoculation est nulle. Et l'on ne fait qu'émettre des hypothèses en disant que l'incubation est plus ou moins longue suivant que l'absorption s'est faite par les vaisseaux sanguins ou les vaisseaux lymphatiques.

Diday avait pensé que la nature du produit virulent pouvait faire varier la durée de la période d'incubation. Que les incubations courtes sont consécutives à la contamination par le chancre syphilitique;

et que les longues sont consécutives à l'inoculation par des accidents dits secondaires. Cette hypothèse n'a pas été vérifiée par l'expérimentation et la clinique. Il en est de même du rapport que quelques auteurs ont cherché à établir entre la durée de la période d'incubation et la gravité ultérieure de la vérole.

La connaissance de la période d'incubation présente une importance pratique et théorique considérable.

A. *Théorique :* elle constitue avec raison, ainsi que nous l'avons vu, un des principaux arguments des dualistes au point de vue de la distinction entre les deux chancres. Elle n'est pas d'une importance moindre dans la discussion encore pendante sur les deux opinions opposées suivantes. Le chancre est-il le premier signe de l'infection générale ? ou au contraire n'est-il que le premier signe de l'infection locale?

B. Son *importance pratique* est très grande, parce qu'elle nous démontre : 1° Que toute lésion, se montrant quelques jours, on pourrait même dire la première semaine après le contact suspect, n'est pas un chancre infectant ; 2° Que l'on n'a pas le droit, ainsi que l'a fait remarquer Fournier, de délivrer patente nette à un malade, lequel ayant commis quelques peccadilles, vient vous consulter pour savoir si oui ou non il est infecté. Car, fort de votre assurance, si quelque temps après il se manifestait chez lui quelques lésions des plus légères en apparence (comme l'est d'ailleurs toujours le chancre au début), il taxerait cette lésion de bobo insignifiant, et la considérant comme non contagieuse pourrait ainsi communiquer la vérole à son entourage ; 3° Elle montre que dans un cas de viol, par exemple, viol soupçonné d'avoir été commis par un individu syphilitique, il faut savoir attendre avant de déclarer que l'individu soumis à votre examen n'a pas été contaminé ; 4° Elle est importante encore parce que le plus souvent, les malades ayant l'habitude d'accuser de leur vérole la dernière femme qu'ils ont vue, il sera parfois nécessaire que vous les désabusiez en leur apprenant ce qu'est l'incubation du chancre ; 5° Elle est souvent d'une très grande importance au point de vue de la médecine légale : viols, attentats à la pudeur, syphilis des nourrissons, confrontations, etc. Ainsi, par exemple, vous pourrez affirmer avec certitude que toute lésion survenue quelques jours seulement après un viol, un attentat à la pudeur, etc., n'est pas une lésion syphilitique, n'est pas un chancre infectant mais tout autre chose. Vous venez d'en voir un bel exemple chez une fillette de 6 ans dans notre salle St-Henri.

En résumé le virus syphilitique, le microbe de la syphilis si vous voulez, inoculé en un point du tégument, y séjourne, s'y multiplie sans doute, sans néanmoins produire de lésions appréciables avec nos moyens actuels d'investigation. Il demeure latent, cliniquement et macroscopiquement pendant une période de 20 à 30 jours.

Est-ce à dire qu'il ne se produise pas au niveau du point d'inoculation de phénomènes histologiques ou histochimiques quelconques ? Est-ce à dire que le microbe ne se multiplie pas au niveau du point où il a été déposé ? Il est probable que si, bien qu'aucune recherche n'ait été faite dans ce sens, que je sache. Il y a là matière à une série d'études des plus importantes, rentrant absolument dans le domaine du possible.

Nous ne savons rien, par conséquent, sur l'état local ou général de l'organisme pendant la période d'incubation, rien absolument rien. En effet, si dans l'espèce les uns s'appuyant sur les deux inoculations de virus syphilitique faites par Belhomme, 7 et 9 jours après une première inoculation expérimentale et qui restèrent stériles, disaient que l'organisme est saturé par le virus au début même de la période d'incubation. Les autres riposteront par les deux cas positifs de Wallace et de Puche, le premier au huitième, le deuxième au vingt-deuxième jour après l'inoculation expérimentale. Ils s'appuieront encore sur les quelques faits rares, où le chancre infectant a pu être inoculé à son porteur quelques jours après son apparition. Inutile d'insister davantage sur cette question, je le répète, nous ne savons rien sur l'état de l'organisme pendant la période d'incubation.

Je dois noter cependant, en terminant, que pendant cette période d'incubation, 2 à 3 jours avant l'apparition du chancre, on voit survenir parfois une poussée d'herpès préputial, poussée d'herpès dont je ferais assez volontiers un trouble trophique, secondaire à l'irritation des nerfs de la peau par le virus.

C'est l'herpès prémonitoire de Cusco.

Messieurs, nous venons de terminer l'étude de ce chapitre, de cet entr'acte important, l'incubation. Nous allons maintenant passer à l'étude du deuxième acte, c'est-à-dire de la lésion locale, dite primitive, qui se montrera toujours au niveau du point d'inoculation ; à l'étude du chancre, premier signe apparent de l'infection syphilitique.

Avant d'aborder ce chapitre, je dois répondre à une question que quelques-uns d'entre vous m'ont faite. — Un individu inoculé avec du virus syphilitique aura-t-il fatalement la vérole si l'inoculation est bien faite ? Oui, Messieurs, mille fois oui, si c'est un individu indemne de syphilis antérieure, car les véroles doublées sont absolument exceptionnelles, les observations de syphilis double sont toujours passibles d'un grand nombre d'objections. On n'entasse pas vérole sur vérole, a dit Ricord. Quant aux cas où une contamination certaine et parfaite n'a pas été suivie de syphilis, je ne vous en parlerai pas car ils sont des plus exceptionnels, sujets à caution, et si cette immunité existe, nous devons dire que la cause de cette immunité nous échappe.

En résumé, quand on n'est pas syphilitique, si l'on est inoculé en un point quelconque du corps avec du virus syphilitique, on verra se produire, après une période d'incubation plus ou moins longue, un premier phénomène qui se montrera toujours au niveau du point d'inoculation, le chancre. (*A suivre*).

CLINIQUE MÉDICALE

Épilepsie tardive. — Amélioration progressive. — Hémorrhagie cérébrale; marche de la température ; marche de la température ; mort.

Par BOURNEVILLE et DUBARRY, interne du service.

L'observation suivante est intéressante au point de vue de la marche de l'épilepsie et au point de vue de l'hémorrhagie cérébrale qui a enlevé le malade.

SOMMAIRE. — *Émotion vive à 48 ans. Premier accès huit jours plus tard. — Surdité consécutive. — Marche des accès (1877-1883). — Amélioration progressive. — Disparition des accès. — Attaque d'apoplexie : Hémorrhagie cérébrale. — Symptômes. — Abaissement initial de la température (36°,2) ; élévation consécutive (39°,2). — Autopsie : Foyer hémorrhagique partant du noyau extra-ventriculaire du corps strié, ayant détruit toute la partie centrale du centre ovale ; ruptures multiples.*

Rent..., Constant, né le 24 décembre 1813, chaudron-

nier, est entré le 9 juin 1877 à Bicêtre (service de M. BOURNEVILLE).

Renseignements fournis par sa femme (6 juin 1881). — *Père* et *mère*, pas de détails. Le malade a eu plusieurs *frères*; le seul que l'on ait connu est mort, vers l'âge de 40 ans, « d'étisie : il avait eu beaucoup de chagrin d'avoir perdu sa femme et ses enfants. »

Notre malade. — Il a eu, de sa première femme, un fils qui est aujourd'hui âgé d'une trentaine d'années; c'est un bon ouvrier, père de cinq ou six enfants bien conformés et en bonne santé. R... s'est remarié, après 5 ou 6 ans de veuvage, avec la femme qui nous fournit ces renseignements. A cette époque, il était employé de chemin de fer à Lille, travaillait le *cuivre* et était âgé de 46 ans. Il n'avait pas encore eu d'accès d'épilepsie. Il faisait de *rares excès de boisson* (vin ou bière); il *fumait* ou *chiquait* 600 grammes de tabac par quinzaine. Quelque temps avant la guerre, il fut atteint d'une *gastrite*: il eut des vomissements fréquents, suivis d'un impérieux besoin de manger.

Un an ou deux après son mariage, alors qu'il était employé dans l'usine Cail, à Grenelle, il fut témoin d'un accident qui l'impressionna vivement : un homme avait eu, devant ses yeux, le bras arraché par une courroie. Son *premier accès* aurait débuté une semaine après, au milieu de la nuit. Cependant, sa femme (du reste peu intelligente), interrogée pour la seconde fois en 1882 prétendit que le premier accès avait débuté quelque temps avant la guerre, c'est-à-dire vers l'âge de 56 à 57 ans. Ce premier accès fut suivi de *surdité*, sans qu'il y ait jamais eu la moindre affection visible de l'oreille.

Pendant les cinq ou six premières années, il n'y a eu qu'un accès par an, puis ils se sont rapprochés de plus en plus et, enfin, sont devenus presque quotidiens.

Accès. — Jamais d'aura. Cri étouffé, modulé, puis chute brusque tantôt en avant, tantôt en arrière, tantôt sur les côtés; contusions fréquentes du crâne ou de la face, secousses égales, stertor, écume, morsure de la langue. L'accès est suivi de sommeil pendant une à deux heures. Le malade reste ensuite hébété durant le reste de la journée. La nuit suivante et le lendemain, il est sujet à des *étourdissements*.

Pas de folie, pas de kleptomanie, pas d'idées de suicide ni d'homicide. Quelque temps avant la guerre, il fut pris d'un accès et tomba sur des barres de fer rougies; la guérison de ses *brûlures* ne fut complète que trois mois après. Pendant la durée du traitement, il n'eut pas de fièvre et les accès d'épilepsie revinrent comme d'habitude.

Etat actuel. — Un peu d'asymétrie du crâne; le côté gauche de la voûte est plus accusé que le droit.

Circonférence horizontale	59	cent.
D. bi-auriculaire	14	— 1)2.
D. occipito-frontal	20	—

La bosse frontale gauche est plus saillante que la droite; le front, plus élevé du côté droit, est légèrement déprimé dans le sens transversal. Les arcades sourcilières sont assez saillantes. En arrière du frontal, on observe une dépression notable, les pariétaux sont sur un plan inférieur. — *Yeux* assez enfoncés dans les orbites. Iris bleus, pas de lésions oculaires. — *Nez* aquilin à base très large. — Les *dents* sont absentes; la voûte palatine est peu profonde.

Homme bien constitué (tronc et membres), vigoureusement musclé. — La force musculaire est conservée. Hernie inguinale gauche.

Organes génitaux. — Pénil garni de poils abondants, châtains; gland découvert, testicules normaux.

Peau, système pileux. — Pas de lésions cutanées ; front chauve, de même que le sommet du crâne; cheveux longs, châtain clair, au niveau de l'occiput. Moustaches blondes, grisonnantes.

Organes des sens. — Surdité très prononcée. — *Vue* encore bonne. — L'*odorat* est très amoindri, car le malade ne distingue pas l'odeur de l'essence de menthe de celle de la valériane. Cependant, il perçoit encore l'action de l'ammoniaque. — La sensation du *goût* paraît retardée, et c'est seulement au bout de quelques minutes qu'il perçoit la saveur amère de la coloquinte ou du sulfate de quinine.

1877-1879. — Ce malade est tranquille et travaille régulièrement au jardinage.

1880-1883. — Il a conservé son intelligence et sa mémoire; le caractère est calme et la tenue bonne. — En résumé, pas de déchéance intellectuelle, pas plus que de troubles de l'intelligence à la suite des accès, qui deviennent de plus en plus rares.

MOIS	1877		1878		1879		1880		1881		1882		1883		1884	
	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.
Janvier	—	—	3	»	2	»	3	»	2	»	1	»	1	»	»	»
Février	—	—	2	»	2	»	»	»	1	»	2	»	2	»	»	»
Mars	—	—	1	»	3	»	4	»	2	»	»	»	3	»	»	»
Avril	—	—	4	»	2	»	3	»	1	»	1	»	»	»	»	»
Mai	—	—	1	»	2	»	3	»	3	»	»	»	»	»	»	»
Juin	3	»	»	»	4	»	1	»	3	»	»	»	1	»	»	»
Juillet	1	»	7	»	2	»	3	»	»	»	7	»	4	»	»	»
Août	»	»	2	»	3	»	2	»	1	»	2	»	»	»	»	»
Septembre	4	»	1	»	3	»	1	»	2	»	1	»	1	»	»	»
Octobre	2	»	2	»	»	»	1	»	1	»	»	»	»	»	»	»
Novembre	2	»	1	»	3	»	2	»	1	»	»	»	1	»	»	»
Décembre	2	»	3	»	»	»	2	»	3	»	1	»	»	»	»	»
TOTAUX	14	»	27	»	26	»	25	»	20	»	15	»	13	»	»	»

Le *tableau des accès* qui précède indique l'amélioration progressive de l'épilepsie chez notre malade, depuis le jour de son entrée jusqu'à sa mort (1).

1884. Le 2 *novembre*, vers 3 heures de l'après-midi, le malade étant au parloir avec sa femme, tombe, en mangeant, frappé d'*apoplexie*. On le monte aussitôt à l'infirmerie où nous le voyons une demi-heure environ après l'accident. Les traits ne sont nullement déviés, les pupilles rétrécies, mais égales, sont insensibles à la lumière; les membres soulevés retombent inertes.

Le *pouls* est petit, serré, irrégulier, on compte 60 pulsations par minute. — La *respiration*, à 36, n'est point stertoreuse mais s'accompagne d'un râle laryngo-trachéal très intense, qui masque les bruits du cœur et du poumon et rend impossible l'auscultation de ces organes. — A 4 h. 1/2, les membres sont encore dans la résolution, cependant les avant-bras, demi-fléchis, nécessitent quelque effort pour être ramenés dans l'extension. Au bout de quelques instants, le bras droit s'élève automatiquement; on le replace sur le lit mais il ne tarde pas à s'élever de nouveau.

Les sterno-mastoïdiens se contractent à chaque mouvement inspiratoire, le diaphragme n'est point paralysé.

Mictions involontaires fréquentes (4 depuis une demi-heure). Urine claire, abondante, expulsée avec force, elle contient des flots d'*albumine* et une petite quantité de *sucre*. — La déglutition se fait lentement. Pas de réaction à la piqûre ni au pincement. — Abolition complète de l'intelligence; coma.

3 *novembre*. Le pouls est petit, à 84 ; la respiration est régulière, à 48.

Pommettes jaunâtres, nez légèrement cyanosé. Paupières closes; conjonctive légèrement injectée, yeux et face déviés à droite. La pupille droite est plus contractile que la gauche : elles sont du reste égales. — Narines pulvérulentes, la droite est légèrement relevée. — Bouche entr'ouverte, tirée à droite, écume assez abondante, à moitié

(1) Comme il n'avait pas d'accès depuis un an, nous avions demandé son passage dans l'une des divisions de l'hospice.

desséchée sur la lèvre inférieure.— Raideur assez prononcée de la nuque.

Membre supérieur droit. Doigts fléchis, avant-bras en demi-flexion L'articulation du poignet est flasque, celles des doigts, du coude et de l'épaule présentent un certain degré de raideur. Les doigts sont le siège de quelques mouvements spontanés très légers. Ecchymose sur la face dorsale du deuxième métacarpien.

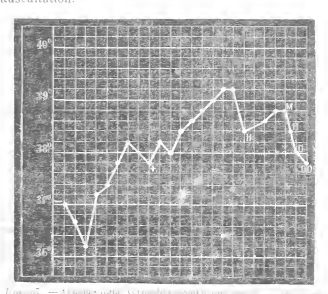
Membre inférieur droit. Extension complète; réflexes rotulien et plantaire conservés. Rougeur prononcée de la face dorsale du pied et surtout des téguments qui recouvrent la rotule.

Membre supérieur gauche. — Demi-flexion des doigts et de l'avant-bras. Rigidité du coude et de l'épaule *beaucoup plus marquée* que du côté droit. Ecchymose noire sur la face dorsale des 3e et 4e métacarpiens.

Membre inférieur gauche. Raideur très marquée de la hanche et du genou. Le chatouillement *prolongé* de la plante du pied provoque quelques mouvements réflexes, mais ils sont *notablement* plus faibles que du côté droit.

Le réflexe tendineux aussi est beaucoup *moins* prononcé et s'épuise très vite. — Plaques violacées sur le genou et la face dorsale du pied. Vergetures sur la face interne des cuisses, surtout la gauche. Le peau présente une teinte légèrement plombée. Des deux côtés les membres supérieurs soulevés ne retombent pas tout à fait inertes, ils s'arrêtent un instant et se maintiennent avant d'arriver sur le lit; la tonicité musculaire est mieux conservée à droite qu'à gauche. On observe des deux côtés des mouvements des doigts étendus, mouvements plutôt convulsifs que volontaires.

Les deux membres inférieurs demi-fléchis conservent cette position mais durant un temps inégal : peu à peu le gauche s'allonge tandis que le droit se maintient longtemps. Quelques mouvements vermiculaires dans les muscles des mollets. La langue est un peu poisseuse. Pas de vomissements, pas de selles. Le râle laryngo-trachéal empêche l'auscultation.



[illegible] — [illegible] prise une heure et demie après l'[illegible] +, [illegible] abaissement [illegible] température [illegible] à l'extension du foyer [illegible] ruptures ; — M, température au moment de la mort. H, [illegible] un quart d'heure [illegible] la mort; 0, température une heure un [illegible] la mort ; 00, T. deux [illegible] un quart après la mort.

Traitement. Sinapismes, eau-de-vie allemande 35 gr.— A 11 heures du matin la déglutition devient de plus en plus difficile, à 11 heures et demie la dysphagie est complète. La dyspnée augmente et le malade s'éteint à 2 heures de l'après-midi.

La *température* a été prise, pour la première fois, une heure et demie après l'ictus apoplectique, elle était à 37°. et, à partir de là, d'heure en heure jusqu'à la mort

Poids :	1879. Octobre	68 kil. 700
—	1881. Juillet	71 kil. 300
—	1882. Juin	71 kil. 500
—	1883. Janvier	67 kil. 500
—	1884. Janvier	64 kil. 280
—	Après décès.	59 kil. 400

AUTOPSIE le 5 novembre à 10 heures du matin. — Rigidité du cou. *Membres supérieurs*: Rigidité très forte de l'épaule que l'on ne peut étendre, du coude, du poignet et des doigts qui sont dans la demi-flexion. — *Membres inférieurs* : Rigidité très prononcée des hanches, des genoux, des pieds. En un mot, il n'existe pas de différence appréciable entre les deux côtés.

Tête. Le *cuir chevelu* est très vascularisé. La *voûte crânienne*, débarrassée des méninges et du péricrâne, pèse 565 gr..elle est très épaisse, le tissu osseux est dense (1).— La *base du crâne* est régulière et symétrique. A l'ouverture du crâne il s'écoule 110 gr. de sang liquide.

Sur la *face interne du crâne*, toutes les *sutures* sont soudées; — sur la *face externe*, soudure complète des sutures temporales, presque complète de la bi-pariétale surtout en arrière, persistance des autres sutures, et entre autres de la bi-frontale.

La *dure-mère* présente des adhérences très résistantes avec le tissu osseux. La face inférieure de l'encéphale est inondée de sang, qui baigne le bulbe, la protubérance, et empêche de sectionner convenablement la moelle. La face inférieure des lobes frontaux, les lobes temporaux, le chiasma des nerfs optiques, l'hémisphère cérébelleux droit présentent une coloration rouge, et du sang noir y est épanché entre la substance cérébrale et la pie-mère. — Le *lobe frontal droit* est tremblotant, et on sent qu'il est le siège d'un épanchement hémorrhagique. — Le corps calleux est déchiré en partie, malgré toutes les précautions que l'on a prises pour enlever l'encéphale. La face interne des deux lobes frontaux est complètement *ecchymotique* et présente des adhérences nombreuses. Des deux côtés, mais surtout à droite, il y a du sang épanché sur le trajet de l'artère sylvienne.

Encéphale : 1430 gr. — *Cervelet* et *isthme* : 170 gr. — En séparant les deux hémisphères, on constate la présence d'une certaine quantité de sang épanché dans les ventricules latéraux.

Hémisphère droit. — Il existe une première *rupture* du lobe frontal au niveau de la circonvolution qui longe le nerf olfactif (*gyrus rectus*), il en existe une deuxième dans l'espace interpédonculaire entre les tubercules mamillaires. aussi le chiasma est-il en quelque sorte disséqué. On remarque en avant de la tête du corps strié une *perforation* qui fait communiquer le ventricule avec le foyer du lobe frontal.

Face convexe. La *première circonvolution frontale*, F^1, est volumineuse et envoie un prolongement à la partie moyenne de la seconde; elle se fixe sur la frontale ascendante par deux insertions de niveau entre lesquelles existe un sillon. La deuxième circonvolution frontale, sinueuse, bien développée, reçoit de la troisième un pli de passage et s'insère sur le milieu de la frontale ascendante. La *troisième frontale* est sinueuse, composée de plis transversaux dont le dernier vient, pour ainsi dire, s'accoler sur l'extrémité inférieure de la *frontale ascendante.* Celle-ci, très large, présente à sa partie supérieure un sillon transversal très marqué. Le *sillon* de *Rolando* est sinueux et profond. — La pariétale ascendante est également sinueuse, mais moins large que FA et reçoit un pli de passage de P^1 et le P^2. — P^1 volumineux, envoie un pli de passage recourbé à PA : un deuxième qui va s'emboîter dans P^2, enfin un troisième à LO, de plus il reçoit un pli de PC. — Un sillon large et profond sépare P^1 de LO. — P^2 très plissée, assez volumineuse, envoie un pli de passage assez volumi-

(1) *Epaisseur* : Frontal à 1 centimètre de la ligne médiane : 6 mill., — à un centim. en avant du temporal : 7 mill. 1/2 : — occipital : au niveau de la protubérance : 2 centim. : à 3 centim. de la ligne médiane : 8 millim.

neux à PA. — LO, assez volumineux, présente des sillons superficiels. — T^1 sinueuse dans sa partie moyenne envoie un pli de passage à LI au fond de la seissure de Sylvius. — La scissure parallèle est très sinueuse et, à l'origine de sa partie ascendante, elle est obstruée par un pli de passage que T^1 envoie à T^2. Le *lobule de l'insula*, LI, est étalé en raison du foyer hémorrhagique sous-jacent et possède trois digitations bifurquées.

Face interne. F^1, volumineuse, est composée de parties séparées par des sillons transversaux. Dans sa portion horizontale, le 1er sillon est complètement ouvert et communique avec un foyer qui a détruit toute la substance blanche du lobe frontal, et s'est ouvert dans le ventricule latéral ; il s'est prolongé dans le centre ovale, en disséquant la face externe du corps strié et de la couche optique. Il a touché la tête du corps strié et séparé le chiasma. La circonvolution du corps calleux, CCCa, présente un sillon superficiel et envoie un pli de passage au *lobule paracentral*, LP, qui est volumineux. irrégulier, très plissé, et envoie un pli de passage sinueux à LQ. Le pli de passage qui de CCCa se porte à LP interrompt le sillon calloso-marginal. Le *lobe carré*, LQ, est volumineux et interrompu par des sillons très profonds.— La scissure perpendiculaire est très marquée. LC,assez développé, envoie un pli de passage au *lobe occipital*, LO,qui est petit, et dont les circonvolutions sont peu distinctes. CH est volumineux et lisse. La *corne d'Ammon*, CA, ne présente rien de particulier. T^4 est nettement séparée de CH mais confondue en arrière avec T^3. — Le corps calleux est normalement conformé.

Hémisphère gauche. La décortication en est facile, le ventricule latéral renferme du sang liquide et dans la scissure de Sylvius on trouve des caillots noirs.

Face convexe. F^1 bien développée très longue, envoie deux plis de passage qui s'emboîtent dans F^2. — F^2 se fixe par deux insertions de niveau sur FA. — FA assez développée présente un sillon transversal près de sa partie supérieure. — PA plus large que FA envoie à sa partie inférieure un prolongement à P^2 et en reçoit un de P^1 à sa partie moyenne. — P^2 bien développée reçoit de PC un pli de passage — P^1 très sinueuse envoie un prolongement à PC et à LO.

On remarque au fond de la scissure de Sylvius un gros prolongement qui vient de la partie moyenne de T^1. — La scissure parallèle est profonde et le pli courbe bien distinct. — T^2 envoie deux plis de passage à T^1. — LI présente des digitations bifurquées.

Face interne. F^1 est bien developpée. LP assez volumineux est incomplètement séparé de F^1. SR qui est sinueux et profond ne forme pas d'encoche sur la face interne de l'hémisphère. La circonvolution du corps calleux est assez peu développée et présente des plis superficiels mais nombreux. La scissure perpendiculaire est large et béante. — LC sinueux envoie un pli de passage à LO.— LO s'abouche avec CH par un large prolongement. — CH est lisse. — T^4 entièrement séparée de CH envoie à T^3 trois prolongements.

Cœur. Poids 390 gr. Myocarde un peu pâle, légère hypertrophie du ventricule gauche. Athérome de la portion ascendante de l'aorte.

Poumons. Hyperhémie surtout aux deux bases, emphysème assez prononcé.

Poids :	Poumon gauche	660 gr.
—	Poumon droit	680 gr.

Reins. Décortication facile, quelques kystes à leur surface, leur tissu paraît normal.

Poids :	Rein gauche	130 gr.
—	Rein droit.	170 gr.

Rate. Infarctus rouge à la partie supérieure occupant son 1/3 supérieur environ (110 gr.). — *Foie* hyperhémié, surface ecchymotique (1500 gr) ; pas de calculs.

Foyer hémorrhagique.— Le foyer a détruit tout le centre du *lobe frontal droit* et se prolonge en arrière dans le centre oval. Il a un peu plus de huit centimètres d'avant en arrière et cinq de hauteur. Sa paroi inférieure, répondant à la face orbitaire du lobe frontal, est réduite à 3 ou 4 millimètres d'épaisseur. Les parois répondant à la face convexe et à la face interne sont un peu plus épaisses. Le foyer est rempli de caillots et de sang liquide. Le contenu enlevé, on se rend bien compte des ruptures qui ont donné issue au sang qui avait inondé la base de l'encéphale; l'une d'elles, transversale, est située à l'extrémité inférieure du lobe frontal; l'autre, longitudinale, occupe la face interne du même lobe, séparant complètement le *gyrus rectus* de la *première circonvolution frontale* ; c'est par cette dernière qu'est sorti le sang trouvé entre les deux lobes frontaux, au niveau du chiasma et des deux artères sylviennes.

La *tête du corps strié* est en quelque sorte disséquée et suspendue entre la cavité du ventricule latéral et le foyer hémorrhagique. Celui-ci se prolonge derrière le corps strié dans une longueur de trois centimètres, sous forme d'un entonnoir aplati dans le sens de l'épaisseur de l'hémisphère.

Une coupe transversale, tangente à l'extrémité antérieure du corps strié, montre que, du côté de l'insula, la paroi du foyer mesure à peine 3 à 4 millimètres d'épaisseur. Une seconde coupe pratiquée un centimètre et demi en arrière de la précédente et intéressant la couche optique à son origine, fait voir que le noyau extra-ventriculaire du corps strié, est disséqué suivant sa face externe, par conséquent, le long de la capsule externe, et cela dans une longueur d'au moins un centimètre : c'est là qu'est le point de départ de l'hémorrhagie; c'est là qu'on a trouvé les caillots les plus durs, les plus anciens. — L'hémisphère gauche n'était le siège d'aucun foyer.

Réflexions. — I. L'*épilepsie*, chez ce malade, a présenté deux particularités très dignes de remarque. En premier lieu, elle a débuté à un âge avancé, 48 ans, sans tare héréditaire ou diathésique, circonstance qui, jointe à la cause probable, une *émotion* vive, nous a permis de porter le diagnostic : *épilepsie tardive idiopathique* (1). L'autopsie, plus tard, a justifié ce diagnostic. Nous n'avons, en effet, découvert à l'autopsie ni tumeurs, ni foyers anciens, ni sclérose de la corne d'Ammon, ni rétrécissement du trou occipital, etc.

Les *accès*, autant que nous avons pu le savoir, avaient les caractères ordinaires du mal caduc vulgaire. Très fréquents, paraît-il, avant l'admission du malade à Bicêtre, ils sont devenus ensuite relativement rares à dater de son entrée ; bien plus, et, c'est là un autre point intéressant, ils avaient même tout à fait disparu depuis un an.

II. Alors que l'on pouvait espérer que Rent... était guéri de l'épilepsie et que nous avions demandé son passage du quartier des aliénés dans l'une des divisions de l'hospice, il a été frappé d'*apoplexie, symptomatique* d'une *hémorrhagie cérébrale*. En raison de la prédominance de la *paralysie* et de la *contracture*, dans les membres du *côté gauche*, de la prédominance aussi des plaques violacées à gauche ; en raison enfin de la déviation des yeux et de la face à droite, nous avions localisé le foyer hémorrhagique dans l'hémisphère droit.

L'examen de la *température*, en nous indiquant un *abaissement initial* très prononcé, venait fournir un nouvel argument en faveur de la réalité d'une hémorrhagie. La température, qui était à 37°, une heure et demie après le début de l'attaque, était descendue à 36°,2 au bout de 3 heures et demie. A partir de là, elle monte progressive-

(1) L'épilepsie, on le sait, est surtout une maladie de l'enfance et de l'adolescence. Les cas d'épilepsie tardive, dans notre service, sont relativement rares. Toutefois, soit à la Salpêtrière, dans les services de MM. Delasiauve et Charcot, soit à Bicêtre, dans notre service, nous en avons rassemblé une vingtaine de cas qui seront l'objet d'un travail ultérieur (B).

ment à 38°,2 (8 heures après le début). A ce moment, elle descend une seconde fois et retombe à 37°,8 (9 heures et demie après le début). Conformément à la règle, la température reprend sa courbe ascensionnelle et atteint, 16 à 17 heures après l'ictus apoplectique, le chiffre de 39°,2. On observe ensuite un nouvel abaissement (38°,4) suivi d'une nouvelle élévation.

On sait que, dans les cas réguliers qui se terminent par la mort à brève échéance, l'*abaissement initial* est suivi d'une ascension régulière de la température qui va jusqu'à 42° et même davantage. Ici le tracé de la période ascensionnelle est interrompu par des *chutes* (37°.8 et 38°.4) qui, suivant nous, devaient correspondre ou à des *ruptures* du foyer, ou à l'extension du foyer primitif; l'autopsie nous a montré que nous ne nous étions pas trompés. Ce fait vient confirmer, une fois de plus, tous ceux qui ont été rapportés par M. Charcot et ses élèves (1).

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Inauguration du nouvel hôpital du Havre.

La municipalité républicaine du Havre qui, comme nous le verrons tout à l'heure, a tant fait pour l'amélioration physique et intellectuelle de la population laborieuse qu'elle représente, a eu l'heureuse idée de convoquer à la cérémonie de l'inauguration du nouvel hôpital les représentants de la presse, des médecins et des chirurgiens des hôpitaux de Paris, des médecins, des ingénieurs et des architectes connus par leurs travaux sur l'hygiène ou sur l'Assistance publique, des administrateurs ayant montré, dans leurs fonctions, qu'ils s'intéressent à toutes les réformes qui ont pour but l'augmentation du bien-être de tous.

Tous les invités avaient reçu, quelques jours auparavant, un avis leur signalant comme étant plus particulièrement dignes de leur attention, le *Bureau municipal d'hygiène*, le *Dispensaire du Dr Gibert*, le *Dispensaire Dollfus* et les *Cités ouvrières*.

Sachant, par expérience, combien il est difficile de faire des visites sérieuses dans les établissements de ce genre lorsque les assistants sont en grand nombre, nous avons pris les devants et nous sommes parti le samedi matin, en compagnie de notre ami le Dr Du Mesnil, dont tout le monde connaît l'esprit libéral et la haute compétence dans toutes les affaires du ressort de l'hygiène.

Nous avons vu tout d'abord le groupe scolaire de la place des Ecoles : écoles primaires pour les filles et les garçons, et écoles primaires supérieures, avec des ateliers fréquentés par tous les élèves de ces dernières écoles et par les élèves les plus avancés des écoles primaires. Ce qui nous a frappés surtout, c'est le large éclairage des écoles (toujours à gauche), c'est l'ampleur des vestibules et des paliers qui rendent faciles l'entrée et la sortie des enfants; c'est la bonne tenue générale, les belles salles de dessin, etc. (2). Enfin, et c'est là un point sur lequel nous ne saurions trop insister, c'est l'*isolement complet* des Ecoles. Nous n'avons cessé, soit ici même, soit au Conseil municipal, de réclamer l'isolement de tous les établissements publics fréquentés par un grand nombre de personnes, écoles, hôpitaux, casernes, etc., aussi avons-nous vu avec plaisir cet isolement réalisé au Havre.

De là, nous nous sommes rendus à l'Hôtel-de-Ville où, après avoir rendu visite à M. Siegfried, qui nous a reçus avec la plus vive cordialité, nous avons examiné le fonctionnement du *Bureau d'hygiène*, dirigé avec beaucoup de zèle et d'activité par M. le Dr Launay. Nous nous bornerons aujourd'hui à signaler une particularité : c'est que M. Launay a institué une visite spéciale des cours, des habitations et la surveillance de la vidange, au point de vue sanitaire, qui lui permet de constituer, en quelque sorte, l'histoire de chaque maison au point de vue de l'hygiène et des maladies épidémiques. Les renseignements lui sont fournis, tous les jours, par cinq agents de la police, *qui sont entièrement à sa disposition*. Il peut ainsi opérer une foule d'améliorations secondaires, assurer la propreté des cours, et préparer des dossiers complets pour la Commission des logements insalubres.

Nous nous sommes rendus ensuite à l'*Ecole d'apprentissage* des garçons, fondée en 1866. Les ateliers du rez-de-chaussée sont consacrés au travail du fer, ceux du premier étage au travail du bois ; au-dessus se trouvent les classes. Toutes ces installations ne méritent que des louanges. L'ancienne forge, devenue insuffisante, va être adjointe à l'atelier d'ajustage et dans des constructions nouvelles, bientôt achevées, on établira la forge dans de meilleures conditions, ainsi que la chaudronnerie et la fonderie de fonte et de cuivre. Les élèves sont aujourd'hui au nombre de 210 : leur chiffre sera, l'an prochain, de 260. On leur confie, entre autres, une partie des travaux de la ville, par exemple les tables et les bancs du lycée des filles, les grilles des squares, etc. (1).

C'est à quelques pas de cette école que se trouve le nouvel hôpital; nous n'avons pu résister à la tentation d'y entrer et de devancer la visite officielle du lendemain. Nous dirons plus loin nos impressions. Nous avons terminé notre journée par l'examen des *cités ouvrières*. Les plus anciennes, connues sous le nom de cités havraises, laissent à désirer : c'était un premier essai. Elles ont été sérieusement dépassées par les nouvelles, construites pour la plupart en 1883-84. Chacune d'elles est précédée d'un jardin, et pourvue en arrière d'une cour où sont les cabinets d'aisance et un petit hangar. Elles comprennent deux pièces au rez-de-chaussée et deux au premier étage. Toutes ces pièces sont suffisantes, bien éclairées et aérées. On éprouve

(1) Bourneville. — *Études cliniques et thérapeutiques sur les maladies du système nerveux*, p. 9 à 121. On trouvera dans ce travail l'historique complet de la question. — Cette observation a été communiquée à la *Société anatomique*, et en même temps nous avons fait voir la *photographie*, le *moule* de la tête, le *crâne* et le *cerveau* du malade.

(2) Dans chaque classe, il y a des thermomètres et une feuille sur laquelle la température est notée 3 ou 4 fois par jour. Dans les classes un peu avancées les notations sont faites par les élèves. — Sur la couverture des cahiers on a représenté le plan de l'arrondissement, ou celui de la ville, ou indiqué la liste des écoles avec leurs adresses.

(1) Le Havre possède aussi une Ecole d'apprentissage pour les filles. On y enseigne tout ce qui concerne la lingerie, la couture, le blanchissage, etc. On doit y joindre, l'hiver prochain, l'enseignement de la cuisine.

une véritable satisfaction en voyant avec quel soin maisons et jardins sont entretenus (1).

Ces cités sont construites par une Société particulière, créée grâce à l'initiative de M. Siegfried. Elles nous ont paru, sauf quelques critiques de détails, notamment en ce qui concerne les cabinets d'aisances, des modèles à suivre. Nous avons la conviction que c'est dans ce sens qu'il faudrait agir à Paris, et que le devoir du Conseil municipal est, non pas de construire lui-même et de faire administrer par la ville des cités de ce genre, mais de favoriser par des détaxes les Sociétés qui construiraient des logements à bon marché ; de les pourvoir d'eau, de gaz et de cabinets d'aisances installés non au dehors, mais à l'intérieur des habitations. Il y aurait aussi un grand intérêt à provoquer l'émulation parmi les constructeurs en accordant des récompenses ou des primes à ceux qui auraient fait les habitations les plus salubres et en même temps les moins coûteuses (2).

Ces excursions de l'après-midi du samedi ont été complétées par les excursions du dimanche matin. Nous avions la bonne fortune d'avoir un nouveau compagnon, notre ami le Dr Landouzy, chargé actuellement du cours d'hygiène et qui a su apporter dans cet enseignement des innovations capitales jusqu'alors inconnues à Paris. Nous avons vu successivement la *Morgue* (3), située sur le quai d'Orléans, et à quelques pas plus loin, l'un des deux *fourneaux économiques* de la ville, puis le *Dispensaire Dollfus*, le *Cercle Franklin*, le *Dispensaire du Dr Gibert*, le *Lycée des filles* (4) et le *fourneau économique* de la rue Bernardin de Saint-Pierre.

Laissant de côté, pour aujourd'hui, tout ce qui a trait aux dispensaires (5) en nous bornant à rappeler qu'ils sont dus à la générosité du Dr Gibert et de Mme Dolfus, nous dirons que le cercle Franklin, fondé par une Société inspirée encore par M. Siegfried, est une institution destinée à contrebalancer l'action des cercles catholiques. On y trouve une belle salle de conférences et de concerts, une salle de gymnastique, une bibliothèque de prêt, un tir, une salle d'armes, des salles de réunion pour les différentes Sociétés ou Chambres syndicales ouvrières, etc. C'est un véritable centre de propagande et d'instruction démocratiques. La construction est simple, élégante, vaste, bien conçue, et forme une sorte de monument entièrement isolé.

Les *fourneaux économiques*, installés d'un manière défectueuse, n'en rendent pas moins de grands services. Chaque portion est vendue dix centimes (soupe, ragoût, bœuf, café, pain). Elles sont délivrées aussi sur la remise de bons donnés par le bureau de bienfaisance. Il est à désirer que la ville de Paris organise des fourneaux analogues dans quelques-unes de ses Maisons de secours et ne laisse pas exclusivement à la Société de Saint-Vincent-de-Paul, ce mode d'assistance.

Il ne nous reste plus qu'à parler du *nouvel hôpital*. Nos lecteurs trouveront plus loin (p. 516) la reproduction du plan et de la notice remis à tous les invités, aussi ne s'agira-t-il ici que de considérations générales.

La situation choisie est admirable au point de vue pittoresque. Les différents pavillons sont étagés par séries, sur la côte d'Ingouville, dans un vaste domaine richement boisé. Des terrasses qui longent les pavillons supérieurs, la vue s'étend sur la ville, le port, la mer et la Seine, audelà de laquelle se voient les falaises de Honfleur. On ne saurait souhaiter rien de plus réconfortant. L'aspect des pavillons, considérés en eux-mêmes, est très agréable ; ils s'harmonisent bien avec l'ensemble d'un site vraiment enchanteur. A cet égard, l'habile architecte, M. David qui, comme on le sait, a appliqué le système Tollet, a droit à tous les éloges. Certes, il y aura des difficultés pour le service; l'usage indiquera comment il est possible de les atténuer. Nous n'insisterons pas, et nous nous limiterons à une critique malheureusement plus grave.

A l'époque où nous sommes, dans une cité républicaine, représentée par une municipalité émanant d'un conseil républicain, il nous semble que les établissements nouveaux doivent porter l'empreinte, la marque de l'esprit moderne. Aussi avons-nous été surpris de voir, dominant l'ensemble de l'établissement, lui imprimant en quelque sorte son cachet, s'élever un monument religieux, la chapelle, le sceau clérical par excellence. A sa place, nous espérions trouver un monument élevé à la science : laboratoire, musée, bibliothèque, en un mot, un centre d'*enseignement supérieur* (1). Notre surprise a été d'autant plus vive que nous savions que l'hôpital devait être et est confié à des *surveillantes laïques*.

La satisfaction que nous donne cette mesure ne compense pas le chagrin que nous cause l'erreur que nous venons de signaler. D'ailleurs, sur ce point même de la laïcisation, nous ne sommes pas sans éprouver certaines craintes. Pour qu'elles ne se réalisent pas, il est indispensable que la Municipalité, le Conseil municipal et la Commission administrative ne laissent pas douter un instant de leur inébranlable volonté de ne *jamais* installer des religieuses dans le nouvel hôpital. Nous savons que, dès maintenant, souterrainement, des personnages aussi insuffisants que présomptueux, se préparent à tout faire pour le renvoi des laïques et l'intronisation des religieuses. Aux républicains du Havre à veiller et à se débarrasser de ces hypocrites adversaires. On a parlé de l'Amérique, de l'Angleterre, dans les

---

(1) Le prix en est fixe à 5,800 fr. Les ouvriers les paient par annuités qui sont plus ou moins élevées suivant la somme versée au moment de la vente. Par exemple, un ouvrier qui a donné 500 fr. comptant paie chaque mois 48 fr., ce qui fait en fin d'année une somme très peu supérieure au loyer qu'exigerait ailleurs un logement moins grand et surtout moins salubre.

(2) Nous sommes persuadé que la population ouvrière de Paris, profiterait sérieusement d'une visite de nos anciens collègues du Conseil municipal aux cités du Havre. Les membres des Corps élus ne sauraient trop faire de visites de ce genre.

(3) Son installation est mauvaise et on se propose de la reconstruire.

(4) La ville du Havre, et avec raison, n'y recevra que des externes et des demi-pensionnaires.

(5) Nous insisterons en même temps sur ce qui se fait à Paris.

(1) La chapelle, la vraie, la monumentale, est consacrée au culte catholique. On a réservé à côté une salle modeste, sans ornementation pour les autres cultes et qui servira en même temps de *salle d'attente* pour les familles.

discours; eh bien, que les administrateurs et surtout les médecins se renseignent sur la manière dont fonctionnent, avec des laïques, les hôpitaux anglais et américains, qu'ils les imitent en fondant un véritable enseignement professionnel de l'infirmière au nouvel hôpital, et ils verront que la femme française est aussi capable d'instruction et de dévouement que l'anglaise ou l'américaine. Il y a, au Havre, des médecins distingués, instruits, républicains, c'est à eux de faire leur devoir et de seconder l'honorable M. Siegfried et ses collègues, tout dévoués à la laïcisation.

Nous ne dirons rien de la *cérémonie d'inauguration*, marquée par un remarquable discours de M. Siegfried, discours que nous publierons; ni du banquet qui réunissait 220 invités et auquel ont été prononcés des toasts instructifs à des titres divers par MM. Siegfried, U. Trélat, Monod, préfet du Calvados, et par M. Verneuil. Banquet et toasts ont clos dignement l'ensemble des fêtes de l'inauguration de l'hôpital du Havre. Nous disons fêtes, car les visites faites aux écoles primaires, aux écoles d'apprentissage, au lycée des filles, étaient une fête pour ceux qui s'intéressent aux questions d'enseignement; — les visites aux *cités ouvrières*, au *cercle Franklin* étaient une fête pour ceux qui s'occupent des questions sociales; — les visites aux dispensaires Gibert et Dollfus, au nouvel hôpital, étaient une fête pour ceux qui étudient les questions hospitalières, les questions d'assistance publique; — fêtes en un mot pour tous ceux qui se passionnent pour les réformes hygiéniques, qui, à notre avis, constituent une des branches importantes de ce qu'on appelle la question sociale.

C'est aussi avec plaisir, ainsi que l'a fait remarquer M. Trélat, que nous avons vu se presser, parmi les visiteurs, MM. Poubelle, Hendlé et Monod, trois de nos administrateurs des départements les plus importants; les premiers magistrats de l'ordre judiciaire du département de la Seine-Inférieure, les maires de Rouen, de Caen, etc., car nous y voyons un indice de leur tendance à se préoccuper plus qu'on ne l'a fait jusqu'ici de toutes les questions d'hygiène et d'assistance, trop souvent primées dans les Conseils départementaux par des questions de routes et de chemins vicinaux. La curiosité même de la foule qui a envahi, un peu prématurément, il est vrai, les salles de l'hôpital à la suite des invités, nous a fait plaisir : il est bon que tous les citoyens soient mis à même de voir eux-mêmes tout ce que font leurs représentants.

Ce rapide exposé montrera à tous que la cité républicaine du Havre, sous l'inspiration et avec les sacrifices personnels de son maire, M. Siegfried, a marché d'un pas rapide dans la voie du progrès; que ses institutions méritent d'être citées comme modèles, et qu'elle a droit à la gratitude de ceux qui cherchent non dans des discours stériles, mais dans des actes, dans des résultats pratiques, la véritable caractéristique de ce que doit être le gouvernement républicain. BOURNEVILLE.

Nous devons adresser nos remerciements les plus sincères à MM. les Drs Fauvel, Gibert, Launay et Lorentz, à MM. les directeurs des écoles pour leur excellent accueil et leur obligeance à nous fournir tous les renseignements que nous désirions.

Nous ne saurions donner la liste des notabilités de tout ordre qui assistaient à la réunion d'hier. Disons cependant que l'on remarquait parmi les 200 convives du banquet, outre les personnes que nous avons citées, MM. Verneuil, Trélat (U), Léon Labbé, Kirmisson, Monod, chirurgiens des hôpitaux de Paris; — MM. Bergeron, Millard, médecins des hôpitaux de Paris. MM. Napias, A. J. Martin, Vallin, Emile Trélat, Durand-Claye, Follet, etc. M. Peulevey, député du Havre, MM. les maires de Rouen, de Caen, etc.; des magistrats, M. le président de la cour d'appel de Rouen, L. Grenier, sous-préfet du Havre, de nombreux médecins, etc.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 8 *juin* 1885. — PRÉSIDENCE DE M. BOULEY.

M. H. FOL communique les résultats de ses recherches sur la *queue de l'embryon humain* : il désigne par là l'ensemble des vertèbres situées en arrière du sacrum. Le nombre de ces vertèbres est supérieur à celui de l'adulte chez des embryons humains de 9 à 10 millim. Ces organes supplémentaires n'ont qu'une existence très éphémère; déjà sur des embryons de 12 millim., c'est-à-dire de six semaines, au lieu de 38 on ne distingue plus que 35 vertèbres. Un embryon de 19 millim. n'en a plus que 34, la 34e résultant évidemment de la fusion des 4 dernières. Pendant la cinquième et la sixième semaine de son développement, l'embryon humain est donc incontestablement pourvu d'une queue conique et allongée qui doit être classée au nombre des organes représentatifs.

M. E. BOURQUELOT continue ses intéressantes expériences sur *la fermentation alcoolique élective*. Il montre que les différents sucres fermentescibles sont caractérisés par une destructibilité ou mieux par une fermentescibilité alcoolique particulière à chacun d'eux. Le mot d'élection appliqué à la levûre doit donc être abandonné.

M. SERRANT a étudié les propriétés de l'acide orthoxyphénylsulfureux, auquel il donne la dénomination pratique d'*aseptol*. C'est un liquide sirupeux, soluble dans l'eau, doué de puissantes propriétés antiseptiques, antiputrides et antifermentescibles.

M. Ph. LAFON indique une nouvelle *réaction de la digitaline*. Cette réaction, très élégante et très précise, s'obtient par un mélange d'acide sulfurique et d'alcool additionné d'une goutte de perchlorure de fer; avec une trace de digitaline, on a une belle coloration bleu verdâtre. Cette réaction est propre à la digitaline; elle permet d'établir une différence très nette entre les produits français et les produits impurs qui nous viennent d'Allemagne.

M. BEAUREGARD adresse une note sur le *développement naturel de la cantharide*. Cet insecte vit à l'état larvaire aux dépens de certains hyménoptères, les colletes, dans les cellules desquels M. Beauregard l'a rencontré.

Paul LOYE.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 13 *juin* 1885. — PRÉSIDENCE DE M. PAUL BERT.

M. LELOIR qui est allé étudier *la lèpre* en Norvège, fait un exposé succinct des diverses formes de cette affection et présente de nombreux dessins et photographies représentant les types et les lésions qu'il a observés. Il réserve complètement son opinion au point de vue de la contagion, bien qu'il ne doute pas un seul instant que ce ne soit là une maladie parasitaire.

M. BROWN-SEQUARD, qui a vu de très nombreux cas de lèpre, partage au sujet de la contagion l'opinion de M. Leloir. Il insiste sur le névrôme du nerf cubital comme symptôme constant du début.

M. HARDY a retiré un alcaloïde très toxique de *l'anagyris fœtida* et de *l'a. indica*.

M. D'ARSONVAL continue l'exposé de ses recherches sur

la *production des courants électriques dans les tissus vivants* : il s'occupera plus spécialement des courants continus. Il démontre que tout protoplasma vivant est négatif par rapport au milieu dans lequel il nage. Le courant électrique produit par les tissus vivants est le résultat de l'oxydation de la matière vivante ; c'est un véritable courant cellulaire. Toutes les fois qu'on met en contact deux corps quels qu'ils soient, pourvu toutefois que l'un d'eux soit liquide, il se produit un courant et il suffit de faire varier leur surface de contact pour faire varier en quantité égale les différences de potentiel.

M. Lembling qui a eu, 1 heure 10 m. après la mort, les viscères du dernier supplicié, a dosé la quantité de glycogène qu'ils contenaient. Il a pu s'assurer ainsi, outre divers autres résultats obtenus, que le rein contenait de la substance glycogénique. Les quantités qu'il donne sont un peu au-dessous de la réalité, la transformation de cette substance s'opérant très rapidement après la mort.

M. Mégnin remet de la part de M. Thierry, une note sur un cas d'emphysème observé chez un petit ruminant (Chèvre).

M. Rabuteau a étudié les propriétés du *Chlorure d'éthylidène* qui, bien qu'isomère avec le chlorure de méthylène jouit de propriétés, anesthésiques en particulier, sensiblement différentes. Ces différences se retrouvent toujours entre les éthers d'alcools diatomiques et les éthers d'alcools monoatomiques.

M. Beauregard expose le résultat de ses recherches sur le *développement des vésicants*, la cantharide en particulier.

M. Regnauld lit sa propre observation d'insomnie persistante à la suite d'inhalations faibles, mais prolongées de chloroforme.

De semblables phénomènes ont été également observés par MM. P. Bert, Dubois, Brown-Séquard et d'Arsonval.

M. Regnard résout par la négative la question de savoir si la chlorophylle a besoin d'être renfermée dans la cellule végétale pour décomposer l'acide carbonique.

Gilles de la Tourette.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 16 juin 1885. — Présidence de M. Bergeron.

M. Féréol lit l'éloge de M. N. Guéneau de Mussy.

M. Verneuil lit les propositions suivantes, destinées à résumer la discussion sur l'*érysipèle* : « L'érysipèle à Paris, il y a peu d'années encore, était fort commun et très meurtrier, surtout dans la pratique chirurgicale. L'antisepsie, appliquée aux plaies, a diminué considérablement sa fréquence et sa gravité, sans parvenir cependant à le faire complètement disparaître ; l'endémie érysipélateuse persiste, toujours prête à reproduire ses épidémies courtes et restreintes sans doute, mais faisant encore un certain nombre de victimes : elle affecte deux foyers distincts, l'hôpital et la ville, qui s'empoisonnent réciproquement. L'antisepsie, puissante et efficace dans le milieu nosocomial, est presque irréalisable, en tant que moyen prophylactique, dans le milieu urbain qui reste et restera longtemps contaminé ; de sorte qu'après avoir purifié à force de soins un hôpital ou un service, il suffit d'un cas importé de la ville pour introduire de nouveau le poison dans la place. Il serait facile de prouver que chaque année, dans nos hôpitaux, un certain nombre de malades atteints d'autres affections, parfois légères, succombent contagionnés par un érysipélateux venu du dehors. L'antisepsie, quelle que soit son immense valeur, ne s'applique pas à tous les cas, ne peut mettre entièrement à l'abri de l'introduction, de la dissémination et de la multiplication, dans nos établissements hospitaliers, des germes érysipélateux hétéroctones. Elle ne peut pas empêcher davantage ces germes, cultivés et multipliés à l'hôpital, de se reproduire ultérieurement dans la ville. Pour prévenir la réinfection des locaux assainis, pour empêcher la dispersion des germes et couper, autant que possible, le mal à sa racine, il n'existe en réalité qu'un seul moyen sérieux ; l'isolement des cas développés à l'intérieur ou apportés de la ville. La création de chambres d'isolement pour les érysipélateux est donc une mesure nécessaire, impérieusement réclamée par la science et l'humanité. En conséquence, l'académie de médecine demande instamment cette création aux pouvoirs publics qui, dûment avertis, ne voudront pas conserver plus longtemps la lourde responsabilité du présent état. »

A la suite d'une discussion provoquée par plusieurs membres de l'Académie, M. le président invite MM. Trélat et Verneuil à rédiger une nouvelle rédaction qui serait soumise à l'approbation de l'Académie, dans la prochaine séance.

M. Guéniot lit un rapport relatif à un travail de M. Closmadeuc, de Brest, sur l'*opération césarienne*.

Commission des prix pour 1885. — *Prix de l'Académie* : MM. Verneuil, Perrin et Lannelongue. *Prix Portal* : MM. Hérard, Bucquoy et Peter. *Prix Civrieux* : MM. Lancereaux, Dechambre et Mesnet. *Prix Capuron* : MM. Blot, Brouardel et Hervieux. *Prix Barbier* : MM. Vulpian, G. Sée et Bernutz. *Prix Godard* : MM. Legouest, Cusco et Rochard. *Prix Desportes* : MM. Féréol, Siredey et Vidal. *Prix Buignet*: MM. Regnault, Giraud-Teulon et Schützenberger. *Prix Daudet* : MM. Fournier, Bourdon et Besnier. *Prix Vernois* : MM. H. Guéneau de Mussy, Colin et Lagneau. *Prix Amussat* : MM. Tillaux, Marc Sée et Le Fort. *Prix Itard* : MM. Hardy, Roger et C. Paul.

A. J.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 21 novembre 1884. — Présidence de M. Cornil.

12. Rapport sur le prix Godard ; par A. Chauffard, (Novembre 1884).

Messieurs, dans une de ses dernières séances, la Société avait chargé une commission, composée de MM. Quinquaud, Quenu, Letulle, Brissaud et Chauffard, de lui présenter un rapport sur les mémoires envoyés pour le concours du prix Godard. C'est ce rapport que j'ai l'honneur, au nom de la commission, de déposer aujourd'hui.

Les mémoires qui ont été envoyés à la Société sont au nombre de deux, tous deux afférents à la pathologie nerveuse, et présentant l'un et l'autre grand intérêt et réelle valeur. Laissez-moi vous en signaler rapidement les points principaux.

M. Chantemesse, interne, médaille d'or des hôpitaux, a consacré le travail qu'il nous envoie, c'est-à-dire sa thèse inaugurale, à l'étude de la *méningite tuberculeuse de l'adulte*. Vous savez déjà quel parti il a su en tirer, soit au point de vue clinique, soit au point de vue de l'histologie pathologique. Description des types si variés de la méningite tuberculeuse de l'adulte, formes initiales du délire, symptômes anormaux dus à la localisation corticale ou spinale des lésions, je ne fais que rappeler ces différents points, car tous déjà nous avons lu et connaissons le travail de M. Chantemesse. Les nombreuses observations qui y sont jointes, les recherches et les planches histologiques qui l'accompagnent, achèvent d'en montrer toute la valeur.

Le second mémoire qu'a eu à examiner votre commission est dû à la collaboration de MM. Fendrassik et Marie. Il est consacré à l'*atrophie cérébrale par sclérose lobaire*, et a pour base l'étude de deux cas personnels, dans lesquels les auteurs ont pu faire l'examen microscopique des centres nerveux. La description des lésions histologiques forme la partie vraiment originale et personnelle du travail, car, d'après les auteurs, l'étude au microscope de l'atrophie cérébrale par sclérose lobaire n'aurait jamais été faite jusqu'à présent. Les résultats obtenus dans l'un et l'autre cas permettent de reconnaître l'existence de lésions périvasculaires très accentuées, avec prolifération de la névroglie dans le voisinage des vaisseaux, et présence de nombreux corps granuleux; les fibres nerveuses ne sont

altérées que consécutivement. Je passe sur les chapitres moins neufs consacrés à la symptomatogie et au diagnostic, pour arriver à la partie étiologique du mémoire. Les auteurs font observer que, dans les deux cas observés par eux, l'affection s'est développée dans le cours de maladies Infectieuses : rougeole, vaccine, peut-être syphilis, et, rapprochant ce fait des données fournies par l'anatomie pathologique sur l'origine périvasculaire des lésions, MM. Fendrassik et Marie se demandent s'il n'y aurait pas lieu de considérer l'hémiplégie infantile comme consécutive à une maladie infectieuse, ainsi que cela semble démontré pour la paralysie spinale infantile, et même pour la plupart des cas d'hémiplégie des adultes au-dessous de 40 ans. Des dessins histologiques et de nombreuses photographies d'après nature accompagnent ce mémoire encore inédit, et fait avec toute l'érudition et la rigueur scientifique qui caractérisent les travaux de l'école de la Salpêtrière.

Vous le voyez, Messieurs, les deux mémoires envoyés à la Société pouvaient lutter à armes égales, et votre commission aurait eu à faire un choix bien difficile, si nous ne nous étions trouvés en présence de richesses exceptionnelles, dues à ce que depuis quatre ans le prix Godard n'avait pas été décerné. Nous pouvions donc disposer cette année de deux prix Godard à la fois, et cela sans escompter l'avenir, puisqu'en 1885 la Société pourra de nouveau disposer d'un même prix.

Dans ces conditions, votre commission a jugé que les deux mémoires envoyés étaient pleinement dignes d'être couronnés, et que, puisque, par une circonstance exceptionnelle, nous pouvions le faire régulièrement, nous devions ne pas hésiter à décerner les deux prix Godard échus. Nous vous proposons donc d'attribuer, au même titre, ces deux prix, aux mémoires de M. Chantemesse d'une part, de MM. Fendrassik et Marie d'autre part.

13. Ovarite suppurée. — Abcès enkysté de l'ovaire gauche. — Pelvi-péritonite purulente circonscrite en arrière du ligament large droit. — Tuberculose pulmonaire au début. — Mort subite; par le Dr Maurice Letulle, médecin des hôpitaux.

Les pièces anatomiques que j'ai l'honneur de mettre sous vos yeux, proviennent d'une malade morte le 24 juillet dans le service du Dr Moutard-Martin, que je remplace à l'Hôtel-Dieu.

Cette femme, âgée de 38 ans, souffrait depuis huit jours de coliques violentes, de diarrhée, de vomissements et de céphalalgie, lorsqu'elle entra salle Sainte-Monique, le 18 juillet. On la trouva dans l'état suivant : langue sèche, nausées, diarrhée abondante. Le pouls est petit et fréquent (120). T. A. 38°,6. L'abdomen, légèrement ballonné, est surtout douloureux dans les régions épigastriques et hypochondriaques. L'examen de la poitrine donnait des renseignements qui nous parurent importants : signes incontestables de tuberculose pulmonaire localisée aux deux sommets et confinant au début de la deuxième période (craquements secs). Lorsqu'il s'agit d'interpréter l'ensemble des symptômes offerts par la malade, nous rejetâmes l'hypothèse d'une fièvre continue et, rien n'attirant notre attention du côté des organes génitaux, nous penchâmes vers le diagnostic de poussée tuberculeuse péritonéale probable chez une femme atteinte de phtisie pulmonaire au début.

Je passe sur les détails cliniques qui n'offrent qu'un médiocre intérêt et qui ne modifièrent pas du reste l'aspect général de la malade pendant les cinq jours qu'elle passa dans notre service (1), et j'arrive au fait suivant: Le cinquième jour, à sept heures et demie du matin, la malade venait de se plaindre, en se réveillant, d'une envie de vomir, lorsqu'on s'aperçut qu'elle était morte.

Autopsie faite le 25 juillet. — L'*encéphale* est normal. Les *poumons* présentent d'anciennes adhérences dans toute leur étendue. Quelques tubercules anciens surtout vers les sommets, principalement à droite.

Le *cœur* n'offre rien d'anormal.

Les *voies digestives* sont saines, ainsi que le *foie* et les *reins*.

La *rate* est peu volumineuse, diffluente.

Dans la grande *cavité péritonéale*, on ne trouve aucune trace de péritonite.

En revanche, l'*excavation pelvienne* est comblée par des adhérences péritonéales étendues entre le rectum, l'utérus et ses annexes. En écartant ces adhérences, on tombe sur une péritonite pelvienne qui s'est collectée du côté droit en formant une cavité limitée, en avant par la face postérieure de l'utérus et la face postérieure du ligament large droit, en haut par la trompe épaissie et accolée au péritoine pelvien, jusqu'au niveau du bord droit du rectum, auquel le pavillon déformé et épaissi adhère intimement. La trompe est donc considérablement déviée et immobilisée contre la partie postérieure de l'excavation pelvienne. L'ovaire droit, recouvert de fausses membranes peu anciennes, est couché dans une sorte de nid limité par la trompe en arrière, le ligament rond en avant. Dans cette région, l'ovaire adhère intimement à la trompe dans une étendue d'au moins 2 centimètres; cette adhérence commence au niveau même du corps de l'utérus, en sorte que l'ovaire complète pour ainsi dire la paroi supérieure de la cavité purulente intra-péritonéale.

Du côté gauche, les lésions sont différentes et beaucoup plus étendues. La trompe tout d'abord adhère dans toute sa hauteur à la face postérieure de l'utérus; aussi se dévie-t-elle après avoir quitté la corne utérine gauche. Son trajet est le suivant : contournant en arrière cette corne, elle monte verticalement sur le fond de l'utérus, descend aussitôt sur la face postérieure en s'inclinant à droite dans ce second trajet au point de gagner la ligne médiane ; puis, arrivée au niveau du cul-de-sac postérieur, elle se détourne à gauche et remonte en formant un C. pour se perdre presque aussitôt dans une énorme cavité purulente située à gauche de l'utérus. *Cette cavité purulente n'est autre chose que l'ovaire suppuré*. Avant de la décrire, notons que les deux trompes sont épaissies, mais surtout la trompe gauche, laquelle est considérablement dilatée au point d'admettre facilement une sonde de trousse dans sa cavité; elle est remplie de pus.

L'ovaire suppuré, dans lequel s'abouche la trompe gauche, forme une tumeur du volume d'une très grosse noix ; elle est parfaitement circonscrite et isolée du reste de la cavité péritonéale; elle est remplie de pus, et ses parois sont limitées de la façon suivante : en avant, par le ligament rond et la face postérieure du ligament large ; en haut, par une partie des annexes contenant un kyste du volume d'une grosse noisette, rempli d'un liquide citrin, adhérent au bord gauche de la trompe, au niveau même de sa réflexion rétro-utérine. Sa paroi très mince, sous-péritonéale (2 millimètres environ), lisse et égale, ne permet pas de considérer ce petit kyste comme l'ovaire altéré. Sa face profonde repose sur la poche purulente et, en deux endroits différents, l'épaisseur qui l'en sépare est minime.

La cavité purulente correspond, par sa partie postérieure, à la terminaison de la trompe réfléchie ; ses parois sont irrégulières, anfractueuses, surtout à sa partie antéro-inférieure. On y trouve des cloisons incomplètes formant des sortes de petits diverticules irrégulièrement arrondis. La partie la plus antérieure (celle qui touche au ligament

(1) La courbe thermométrique a été recueillie avec soin. Elle est remarquable par sa légère élévation et concorde nettement avec la faible intensité des phenomènes généraux :

Temp. axillaire : 18 *juillet*			soir 38°6
19	—	matin 38° 4	soir 38° 6
20	—	— 38° 2	— 38° 4
21	—	— 38° 5	— 38° 7
22	—	— 38°	— 38° 9
23	—	— 38° 2	— 39°.

Mort le 24, à 7 h. 1/2 du matin.

large) offre un aspect remarquable rappelant parfaitement, sur une surface de 2 centimètres environ, celui que présente la cavité d'une auricule du cœur, avec ses colonnes charnues de troisième ordre.

Il s'agit peut-être, en somme, d'un ovaire kystique peu volumineux, ayant subi l'influence d'un processus inflammatoire; dans cette hypothèse, la poche aurait préexisté, la suppuration aurait suivi. C'est à cette dernière opinion que se rattacherait le professeur Cornil.

L'*utérus* est peu volumineux; le col, cependant, est hypertrophié et sa lèvre postérieure est étalée. Sa cavité est normale.

Rien à noter ni au *rectum*, ni à la *vessie*. En aucun point on ne trouve de lésions tuberculeuses.

L'examen histologique des parois de la poche ovarienne suppurée n'a pas permis de retrouver la structure de la glande plus ou moins altérée. Les coupes portant sur la partie postéro-inférieure de la poche purulente montrent des couches successives et irrégulièrement disposées, où les fibres musculaires lisses, réunies en faisceaux, sont encore parfaitement reconnaissables. De grandes fentes vasculaires, gorgées de globules rouges et de leucocytes indiquent, çà et là, le passage de lacis veineux propres aux annexes de l'utérus. Il est impossible de reconnaître, dans toutes ces régions de la poche, ce qui pourrait appartenir au pavillon de la trompe, au ligament de l'ovaire, à l'ovaire lui-même, et en général au ligament large. Les artères sont nombreuses, entourées fréquemment de nombreuses cellules embryonnaires. Enfin, dans ce tissu si riche en fibres lisses, on aperçoit de place en place des fentes gorgées de leucocytes, sans aucun globule rouge. Ces sortes d'amas embryonnaires ne sont que des fentes lymphatiques, car, sur quelques points, on reconnaît une bordure incomplète de cellules endothéliales plus ou moins altérées, mais caractéristiques. Pas trace de cellules géantes, ni d'îlots de follicules tuberculeux. La plupart des petits vaisseaux capillaires sont reconnaissables, aisément isolés par l'hématoxyline, et ne paraissent pas oblitérés. Quelques artérioles sont cependant atteintes d'un léger degré d'endartérite. Sur d'autres coupes, plus antérieures, la paroi n'est pour ainsi dire composée que de tissu conjonctif gorgé d'éléments embryonnaires. La recherche des bacilles tuberculeux (méthode d'Erlich) a été négative.

La présente observation se passe de commentaires. Elle est nulle au point de vue clinique, mais la description clinique de l'ovarite a été faite de main de maître, et nous ne pouvons nous flatter d'y ajouter aucun détail. Il nous reste le regret de ne l'avoir point constatée sur la malade.

Quant à l'autopsie, elle est valable, car elle a été faite avec le plus grand soin. Qu'il s'agisse, en réalité, d'un ovaire déjà altéré par une transformation kystique naissant à peine, puis envahi, sans cause connue, par la suppuration, ou bien que nous soyons en présence d'une suppuration ovarienne et péri-ovarienne enkystée, l'importance du fait en lui-même est considérable. Ovarite suppurée *primitive* ou *secondaire* à une lésion kystique antérieure, c'est toujours à un *abcès de l'ovaire* que nous avons eu affaire. Et cet abcès n'était pas tuberculeux. Voilà ce qui ressort clairement de la description précédente.

Notre excellent maître, le Dr Gallard, à qui nous avons montré les pièces en question, a confirmé pleinement notre diagnostic anatomique. Ce document a donc, à nos yeux, une réelle valeur, et c'est la raison qui nous a décidé à le publier malgré ses lacunes.

14. M. Babès fait une communication sur le *bacille en virgule*.

15. Maladie d'Addison. — Tuberculose des capsules surrénales et du corps thyroïde. — Adhérences de l'estomac à la capsule surrénale gauche. — Mort par le choléra; par M. Jardet.

Les antécédents héréditaires de la malade, âgée de 43 ans, nous apprennent peu de chose. Son père est mort à 39 ans d'une affection aiguë. Sa mère est morte à 80 ans; elle avait un frère qui a été enlevé de bonne heure par le croup. Pendant son enfance, cette personne fut bien portante, sa menstruation s'établit sans accidents à l'âge de 15 ans. A 17 ans, elle vint à Paris et eut à ce moment un peu de dysménorrhée et quelques maux de tête qui n'altérèrent en rien sa santé générale. Elle se maria à 22 ans et n'eut ni enfants ni fausses couches. Son mari est mort il y a un an d'une maladie inconnue de nous.

Cette femme n'a jamais fait de maladie ; elle a perdu sa mère il y a 15 mois, et eut à cette occasion un violent chagrin : c'est à cette époque qu'elle fait remonter le début de son affection. A ce moment, elle se sentit très faible, et fut obligée de garder le lit. Depuis, ses forces ont diminué, et ses règles sont devenues de plus en plus rares. En juillet 1883, elle s'aperçut que son visage était plus foncé, elle était cependant assez bien portante. Six mois après, c'est-à-dire au commencement de janvier 1884, elle ressentit une grande lassitude et une faiblesse extrême auxquelles vinrent s'ajouter de l'inappétence et quelques vomissements. Cependant elle put continuer son travail une quinzaine de jours; mais le 14 janvier, elle fut obligée de prendre le lit, sans cependant éprouver d'autres malaises qu'une fatigue extrême, produite par le moindre mouvement. Les troubles digestifs s'apaisèrent vite et, six jours après, elle se levait pour essayer de travailler ; mais elle reprit bientôt le lit, parce qu'elle était, à de certains moments, sujette aux vertiges et aux éblouissements. La faiblesse avait encore augmenté et bientôt apparurent des sueurs assez abondantes. Enfin, le 1er avril, en présence de tous ces phénomènes d'affaiblissement progressif, la malade se décida à entrer à l'hôpital, elle ne pouvait d'ailleurs plus quitter la chambre.

12 *avril*. A son entrée, ce qui frappe au premier abord, c'est la coloration du visage qui est manifestement bronzé, couleur pain d'épice foncé. La face, le cou, la nuque surtout, et le dos des mains, présentent une pigmentation intense mais uniforme. Le tronc et les jambes sont également colorés (ces dernières au pourtour des jointures), mais à un degré moindre que la face. Le visage présente en outre, sur une teinte uniformément brune, des petites taches pigmentaires absolument noires et non saillantes, toutes disséminées irrégulièrement sur tout le visage, surtout à droite. Les cheveux ne semblent nullement modifiés. Les yeux sont également normaux, de même que la conjonctive. La muqueuse gingivale est également pigmentée autour du collet des canines et des incisives droites, aussi bien sur la mâchoire supérieure que sur l'inférieure. Aux extrémités, quand la malade ouvre la main, on est frappé de voir que la face palmaire est peu ou pas pigmentée, tandis que la face dorsale l'est très fortement. Depuis quelques jours, la malade a perdu l'appétit, mais elle n'a ni vomissements, ni diarrhée. Le ventre est souple. L'appareil respiratoire fonctionne normalement, la malade ne tousse pas. Le *cœur* a des battements un peu faibles, mais réguliers. L'*urine* est normale, sans albumine. Les règles ont complètement fait défaut le mois dernier.

Notre sujet ne se plaint en somme que d'une faiblesse extrême, de sueurs qui surviennent le soir et de quelques douleurs dans le ventre et dans les membres, douleurs vagues, mal déterminées et apparaissant surtout la nuit. Le médecin se contente de soumettre la malade à un *régime tonique*. Pilules de Vallet, vin de quinquina, bains sulfureux.

4 *mai*. L'état de la malade est le même qu'à son entrée, sa faiblesse est extrême, mais dès qu'elle est au lit, elle ne sent aucun mal. Quand, au contraire, elle veut se lever, ses forces la trahissent et elle est prise de vertiges et d'étourdissements qui l'obligent à reprendre le lit.

5 *mai*. Elle part pour le Vésinet.

11 *octobre*. Elle *rentre* dans le service. Sa faiblesse s'est aggravée, sa coloration est plus foncée qu'auparavant et le nombre des taches noires du visage semble augmenté. De plus, elle éprouve assez fréquemment des douleurs dans les jambes pendant la nuit.

6 *novembre*. Mêmes symptômes que précédemment; les douleurs ont peut-être été plus vives la nuit dernière. (La

malade nous dit qu'elle souffre des jambes, comme si des chiens la dévoraient.)

17 *novembre*. La malade qui, ce matin était bien portante, est actuellement dans une sorte de coma silencieux, sans râle trachéal.

18 *novembre*. La malade ne peut plus être tirée du coma; elle n'a que quelques expirations lentes et accompagnées d'un abaissement de la mâchoire inférieure, elle semble près d'expirer. Son corps est froid, le pouls est à peine perceptible. Depuis deux jours, elle a la diarrhée et va sous elle. Les yeux sont ternes et sans expression, les traits amaigris et tirés. La peau des mains est violacée et ridée. La malade succombe une heure après la visite.

Autopsie vingt heures après. Nous trouvons la *cavité abdominale* sèche, sans épanchement, les organes dans leurs rapports normaux. Le grand épiploon adhère à l'intestin. Le péritoine viscéral est sec, légèrement poisseux. En haut, le foie et la rate adhèrent au diaphragme.

A l'ouverture du *thorax*, on voit les organes dans leurs rapports normaux. Le *cœur* est recouvert par le bord antérieur des poumons qui sont blanchâtres et légèrement emphysémateux en avant. L'*estomac* qui ne contient qu'une petite quantité de liquide aqueux grisâtre, a une coloration normale. L'*intestin* est blanc, son contenu complètement décoloré ressemble assez à une purée de pois. Ce contenu ne se rencontre qu'à la troisième portion de l'intestin grêle. Une fois enlevé, il reste à la surface de la muqueuse un exsudat blanc, qui est emporté par un filet d'eau. On voit alors à la surface de l'intestin, une véritable *psorentérie*. Les follicules clos, en grand nombre, font saillie à la surface, leur couleur est blanc pâle. Le *gros intestin* est un peu rouge dans sa partie cœcale. Le *foie* paraît sain, sauf à sa face inférieure qui adhère à la capsule surrénale. La *rate* est adhérente au péritoine, l'épiploon gastro-splénique est rétracté; à sa coupe, il y a une masse de points blancs gros comme une petite tête d'épingle, semblables à des tubercules. Le *rein* droit, de volume normal, est un peu congestionné. Le gauche adhère en haut à une masse grosse comme un marron, masse constituée par la *capsule surrénale* adhérente à l'estomac.

A la coupe, les deux capsules surrénales présentent deux foyers caséeux gros chacun comme un petit pois. Tout autour, se trouve une capsule conjonctive épaisse. Du côté droit, cette capsule se continue avec la capsule de Glisson et le foie. A gauche, l'enveloppe de l'organe adhère en dedans et en bas à la queue du pancréas, et en dedans et en haut à la grande courbure de l'estomac attirée en bas et à gauche.

Une *fistule*, dans laquelle on peut introduire un stylet, s'étend du centre de la capsule surrénale gauche à la muqueuse stomacale, où se fait l'ouverture par un orifice à bords saillants. Cet orifice fait communiquer l'estomac avec le centre de la capsule surrénale.

Les *ovaires* sont normaux.

Les *ganglions lymphatiques* situés le long de la veine cave, dans la région lombaire, sont un peu augmentés de volume.

L'*examen histologique* a montré dans l'exsudat intestinal de nombreux *bacilles-virgules*.

Dans le rein, on n'a rien trouvé d'anormal.

Le *corps thyroïde*, examiné sur des coupes, a montré des tubercules caséeux avec cellules géantes à plusieurs noyaux. Nous n'avons pas trouvé de bacilles de la tuberculose, pas plus que sur les coupes de capsule surrénale.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 12 juin 1885. — Présidence de M. Vidal.

M. Cadet de Gassicourt se propose d'expérimenter loyalement et avec une rigueur scientifique le procédé de M. Delthil sur tous les diphthériques de l'hôpital Trousseau. Auparavant, il convient d'établir une statistique sérieuse des cas de diphthérie qui guérissent spontanément et sans opération. C'est ce que M. Cadet de Gassicourt s'est efforcé de faire. On ne peut qu'approuver la résolution prise par ce médecin consciencieux entre tous. Quand il s'agit d'une maladie comme la diphthérie on doit étudier les solutions même empiriques du problème, puisque la thérapeutique rationnelle et scientifique est restée jusqu'à ce jour absolument stérile.

M. Féréol présente à la société une jeune malade chez laquelle s'est formée très rapidement une perforation du voile du palais. Chez elle on ne peut retrouver l'aveu, ni les traces d'une infection syphilitique antérieure, et on est conduit à se demander si la perforation a succédé à une gomme scrofuleuse ou à une gomme syphilitique. M. Féréol demande à ce propos l'avis de ses collègues. La majorité incline visiblement vers l'origine syphilitique de la lésion.

M. Ballet signale un cas identique, qu'il observe en ce moment même à l'hôpital Lariboisière. Il s'agit d'une jeune femme qui nie tout antécédent syphilitique et chez laquelle on trouve une large perforation du voile du palais. Le professeur Duplay, appelé à voir la malade, conclut à l'existence d'un lupus rongeant du voile du palais. M. Ballet, tout en reconnaissant les difficultés du cas, n'a pas hésité à prescrire le traitement anti-syphilitique.

M. Vidal dit qu'il ne faut pas s'arrêter aux dénégations des malades et qu'en cas douteux, il faut donner le traitement spécifique.

M. Féré, médecin de la Salpêtrière, est élu membre titulaire. J. C.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 3 juin 1885. — Présidence de M. Horteloup.

Obstruction intestinale.— M. Gillette, revenant sur le cas d'obstruction intestinale par un gros calcul biliaire, rapporté par M. Cruveilher dans la précédente séance, cite plusieurs cas analogues recueillis dans divers ouvrages; il regrette que le chirurgien qui vit le premier le malade, n'ait point pratiqué la laparatomie au lieu d'une kélotomie intempestive.

Luxations scapulo-humérales; fractures du col huméral par arrachement. — M. Farabeuf fait une communication sur l'anatomie de la capsule articulaire de l'articulation scapulo-humérale. Après avoir montré la situation des différents faisceaux de la portion antérieure dans les luxations antérieures, il prouve que c'est la partie postérieure de cette capsule qui est l'agent ligamenteux de la réduction dans l'excellent procédé de Kocher. Nous avons noté, au cours de cette très intéressante communication, un nouveau mécanisme des fractures du col: de nombreuses expériences ont révélé à l'auteur que ces fractures peuvent se produire *par arrachement*, les parties supérieures et antérieures de la capsule étant les agents de cette traction. Enfin, M. Farabeuf signale une nouvelle espèce de luxation en bas et en arrière, la sous-tricipitale, dont il donne l'anatomie et le mécanisme.

Fièvre urineuse et fièvre paludéenne. — M Polaillon fait un rapport sur un intéressant travail de M. Ferret. D'après celui-ci, les accidents fébriles qu'on observe après les opérations sur les voies urinaires ne doivent pas toujours être attribués à l'introduction de l'urine dans le sang ou à une lésion rénale préexistante: dans quelques cas, ils ne sont autre chose que le retour d'une fièvre palustre. A propos d'une opération sur les organes génito-urinaires, M. Ferret apporte quatre cas à l'appui de sa thèse. M. Polaillon partage entièrement les idées de l'auteur, auquel la Société vote des remerciements.

M. Verneuil fait remarquer qu'il est généralement facile de distinguer la fièvre urineuse proprement dite des rappels de fièvre intermittente qui succèdent aux opérations sur les reins; en outre de la purulence des urines et des douleurs rénales observées avant l'opération, on a pour distinguer la fièvre intermittente une régularité de type que n'affectent point les fièvres urineuses. Dans ces deux variétés, le sulfate de quinine est indiqué, mais il agit avec

beaucoup plus d'efficacité contre les rappels de fièvre intermittente.

M. Lagarde (Bordeaux) lit une observation de *thyroïdectomie*.

Plaie des nerfs. — M. Polaillon fait un court rapport sur une observation adressée à la Société par M. Ferret : plaie par arrachement du coude, solution de continuité du médian et son remplacement consécutif dans les fonctions par le cubital. C'est un nouvel exemple de suppléance fonctionnelle après l'interruption de l'un des nerfs de l'avant-bras.

Néphrectomie. — M. Berthod présente, au nom de M. Ledentu, un malade auquel ce chirurgien a fait la néphrectomie pour un calcul rénal. Les suites de l'opération ont été très simples ; cependant la cicatrisation a été retardée par la présence des fils qui ne sont tombés que plus d'un mois après l'opération. P. Poirier.

Séance du 10 *juin* 1885. — Présidence de M. Horteloup.

M. Chauvel ayant lu une observation de kyste hydatique du foie, pris pour un kyste de l'ovaire, M. Verneuil demande que la question du traitement des kystes hydatiques soit mise à l'ordre du jour. (Adopté.)

Taille hypogastrique. — M. Terrillon communique une observation de taille hypogastrique pratiquée dans des circonstances intéressantes. Après avoir broyé avec le lithotriteur un calcul vésical qui occupait le bas-fond de la vessie, M. Terrillon explora le reste de la cavité vésicale et rencontra très nettement, vers la partie supérieure de l'organe, un corps dur. Séance tenante, il fit la taille hypogastrique et trouva cinq autres calculs enchatonnés dans une loge à la partie supérieure de la vessie. Les calculs furent enlevés avec des pinces à forci-pressure et le malade guérit rapidement, sans complication. M. Terrillon insiste sur la difficulté du diagnostic de ces calculs situés dans une loge spéciale et sur la bénignité absolue des suites de l'opération.

M. Monod fait ressortir les avantages de la taille hypogastrique pour l'exploration en détail des diverses parties de la vessie et l'innocuité de l'opération, même quand elle a été précédée de manœuvres diverses.

M. Trélat rappelle l'observation de ce corps étranger de la vessie qui, plus léger que l'eau, se laissait soulever par l'urine et occupait ainsi la partie supérieure du réservoir urinaire.

M. Segond lit un travail très intéressant sur le traitement des abcès de la prostate. Il propose de les ouvrir par une incision périnéale analogue à l'incision de la peau dans la taille prérectale.

Mal perforant palmaire. — M. Terrillon présente le moulage en cire d'un malade tabétique qui présentait à l'extrémité de la plupart de ses doigts des ulcérations tout à fait analogues aux maux perforants plantaires.

P. Poirier.

SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE

Séance du 28 *mai* 1885. — Présidence de M. Dureau.

M. Bonnafont fait à la Société le récit de quelques expériences qu'il a pratiquées, il y a longtemps, sur des têtes de deux arabes décapités au sabre. Les têtes furent ramassées au moment même où elles tombèrent, et placées aussitôt sur un plateau, recouvert d'une couche assez épaisse de plâtre en poudre, de manière à ralentir autant que possible l'hémorrhagie. Les sujets furent aussitôt appelés à haute voix et à plusieurs reprises, puis diverses excitations furent portées sur ces têtes et malgré tout, dans aucun cas, on ne put percevoir le moindre mouvement.

On explique, en général, le fait d'être gaucher ou droitier, soit par une habitude acquise, soit par une conformation originelle ; M. Dareste pense que l'embryologie peut expliquer cette particularité. Chez tous les allantoïdiens, l'embryon qui s'appliquait sur le vitellus par sa face antérieure, se retourne et s'applique par son côté gauche ; ceci se passe pour le poulet, par exemple, vers le troisième ou le quatrième jour de l'incubation. Parfois il y a anomalie, et c'est le côté droit qui s'applique sur le vitellus. Or on sait que de très légères pressions opérées par la membrane vitelline ou l'amnios sur l'embryon, peuvent, au début surtout, produire un grand nombre d'anomalies. Dans le cas ordinaire qui nous occupe, le côté de l'embryon qui s'applique sur le vitellus serait gêné dans son développement, qui ne serait pas aussi parfait que celui du côté opposé non comprimé, de telle sorte que le sujet serait droitier quand il s'applique par son côté gauche sur l'amnios et gaucher dans le cas inverse Il y aurait d'ailleurs un moyen de vérifier cette hypothèse, ce serait d'examiner si les sujets à inversion viscérale complète sont gauchers ou droitiers et voici pourquoi. Dans ces cas, l'inversion se fait de très bonne heure, d'après Baer et Remak : l'anse cardiaque s'incurve alors du côté gauche de l'embryon, quand on le regarde par sa face dorsale, tandis que dans l'état ordinaire, l'incurvation de l'anse cardiaque se fait à la droite de l'embryon. Cette incurvation entraîne le retournement de la tête puis de tout le corps de l'embryon qui s'applique sur le vitellus par le côté droit, si l'anse cardiaque est incurvée à gauche, comme dans l'inversion, et par le côté gauche, si l'anse est incurvée à droite, comme cela existe normalement. Donc, d'après la théorie, les sujets à inversion viscérale devraient être gauchers puisque chez eux le côté droit est appliqué contre le vitellus. Or cette constatation n'a pas encore été faite et il serait très important de la faire.

M. Topinard présente un crâne en bronze provenant d'Allemagne et donné comme un étalon pour le cubage ; il fait remarquer que ce crâne est destiné à permettre à chacun de faire des cubages avec différentes substances, et de voir ainsi quelle est l'erreur individuelle ou l'erreur de son procédé. On sait, en effet, que les matières le plus ordinairement employées à cet effet, sont des graines ou du plomb de chasse fin, or l'*arrangement* des grains étant éminemment variable suivant les méthodes, les chiffres obtenus par diverses personnes ne suivant pas *exactement* la même technique, peuvent varier considérablement et s'éloigner également plus ou moins du chiffre idéal que donnerait un cubage avec un liquide, procédé qu'il est impossible de pratiquer sur le crâne *humain*. Le crâne de bronze serait donc destiné à mesurer cet écart ; or il ne remplit nullement son but, sa capacité qui devrait être uniforme variant avec les divers spécimens. Une longue discussion s'élève ensuite à ce sujet ; MM. Manouvrier et Hovelacque concluent en disant qu'une bonne méthode, telle que celle de Broca, suivie jusque dans ses moindres détails, donne des résultats toujours conformes ; les chiffres obtenus dépassent de 70cc environ le chiffre absolu représentant la capacité du crâne, chiffre absolu qu'il est d'ailleurs impossible de connaître exactement, mais l'erreur étant toujours la même, les résultats sont absolument comparables entre eux. L. Capitan.

REVUE D'ÉLECTROTHÉRAPIE

Traité d'Electrothérapie ; par le Dr W. Erb, traduit par le Dr Ad. Rueff. — Paris, 1884.

Le traité d'électrothérapie de M. W. Erb est certainement le plus important qui ait été publié sur la matière depuis nombre d'années. L'ouvrage allemand a paru en deux parties, dont la dernière date déjà de 1882. A notre grand regret, nous n'avons pu à cette époque l'analyser pour nos lecteurs. La traduction française que vient d'en donner M. Rueff nous fournit l'occasion de réparer cette omission.

Le livre s'ouvre par une introduction historique consacrée au développement et à l'état présent de l'électrothérapie dans les divers pays. Ensuite vient le chapitre obligé sur les notions préalables d'électricité et leur application à la thérapeutique. Il est remarquablement méthodique et clair ; mais on trouvera sans doute que la portion purement physique est trop abrégée. Les auteurs de traités ou de manuels ont, pour cette partie de leur sujet, à se garder de deux tendances opposées : l'une de tout dire et de faire double emploi avec les traités spéciaux, l'autre de se restreindre outre mesure en négligeant des notions essen-

tielles. C'est à celle-ci qu'a cédé M. Erb. Il se borne aux indications les plus élémentaires sur la théorie des appareils galvanique et faradique, et ne parle ni du potentiel, ni de la capacité électrique, ni du magnétisme, ni du système absolu d'unités, etc., etc., toutes choses pourtant sur lesquelles le lecteur médical ne serait pas fâché d'être renseigné sans devoir recourir à des livres d'une lecture difficile ou même inabordable.

La description (très sagement réduite d'ailleurs au strict nécessaire) des divers modèles d'appareils ou d'accessoires ne sera pas d'un grand intérêt pour le lecteur français. L'auteur a surtout en vue les appareils des constructeurs allemands, et nous avons la prétention de croire les nôtres préférables. Ainsi nous donnons l'avantage à l'élément Leclanché sur le Siemens-Halske; nos galvanomètres de Gaiffe, gradués en empères, l'emportent sur ceux à division ancienne, et nous ne saurions recommander les galvanomètres verticaux exclusivement, ou à peu près, usités chez nos voisins. De même le parallèle pourrait être continué pour les électrodes et autres accessoires, leur construotion, leur forme; mais à quoi bon insister sur ces questions de matériel. Elles ne sont que le très petit côté de l'électrothérapie et ne méritent pas l'espace qui leur est consacré dans la plupart des livres.

Voici qui est plus important : comme déduction immédiate des notions préliminaires, l'auteur traite avec la plus grande précision les particularités relatives à la force du courant, à sa distribution dans le corps, à sa densité. A propos de celle-ci, il montre l'importance habituellement méconnue de la dimension des électrodes; enfin, il traite longuement de la résistance électrique du corps, de ses variétés individuelles, de sa raison d'être. Ici commence la partie vraiment originale de l'ouvrage. M. Erb est, sans contredit, l'auteur qui a eu la conception la plus nette des conditions physiques à remplir dans toute application médicale de l'électricité. Il en a depuis longtemps, dans une série de mémoires restés classiques, formulé tous les préceptes aujourd'hui généralement adoptés, sinon pratiqués. Rappelons seulement son mémoire sur la tétanie (1873), ceux sur la paralysie saturnine (1868 et 1875), sur la paralysie spasmodique (1877), les paralysies périphériques (1878), etc. On verra plus loin quelle méthode rigoureuse il a introduit dans les pratiques de l'exploration électrique et du traitement; pour l'instant, il s'agit simplement d'établir la base rationnelle de ces applications. A propos de la distribution du courant dans le corps humain, il montre qu'elle dépend surtout de la situation respective des électrodes. Pour un même courant, celles-ci doivent être placées différemment, suivant que l'on veut agir sur des parties superficielles ou profondes. L'action physique et par suite physiologique du courant est en rapport avec sa *densité*, laquelle est maxima au voisinage immédiat des électrodes et d'autant plus grande que celles-ci sont plus petites. De sorte que, pour apprécier l'excitation produite par le courant sur un organe, il faut de toute nécessité tenir compte de la surface de l'électrode employée. Chose fort simple, mais le plus souvent négligée.

La résistance du corps fournit aussi des considérations utiles. S'appuyant sur la loi de Ohm, l'auteur fait remarquer que l'indication du nombre d'éléments employés dans une application ne fournit pas même une donnée approximative sur la force du courant produit. Celle-ci dépend non seulement de la résistance (relativement faible) de la pile, mais surtout de celle du corps. Or, cette résistance est variable dans les limites les plus étendues, d'un individu à l'autre et sur le même individu, d'une région à l'autre. D'où résulte la nécessité de se référer exclusivement à l'indication galvanométrique. M. Erb n'hésite pas à déclarer que toutes les observations, y compris les siennes, où il n'est pas tenu compte de la résistance. doivent être considérées comme non avenues. (Qu'il nous soit permis de rappeler à ce propos que nous avons, en 1879, exprimé des vues analogues sur ce sujet alors nouveau en France.)

M. Erb donne ensuite le résumé de ses recherches sur les différences que peut présenter la résistance électrique et sur leur raison d'être. Voici sa conclusion sur ce dernier point : le siège principal de la résistance est l'épiderme; la constitution des parties sous-jacentes est indifférente. Il nous est impossible d'admettre cette manière de voir; la proposition inverse serait, suivant nous, plus près de la vérité. Tout n'est pas dit sur cette question de la résistance électrique des tissus vivants, et nous aurons bientôt l'occasion de parler de recherches qui la montrent sous un jour nouveau.

L'introduction physique se termine par l'exposé des effets électrolytiques et cataphoriques du courant galvanique. Parmi les premiers, notons le fait de la synthèse de l'urée au moyen du carbonate d'ammoniaque par Drechsel, et parmi les seconds, l'introduction des substances médicamenteuses dans l'économie.

Nous passons au très important préambule de physiologie et d'électrophysiologie. M. Erb donne l'exposé le plus complet et le plus clair que l'on puisse souhaiter de cette partie de la science. Mais ici, comme dans tout son livre d'ailleurs, son point de vue est purement empirique. Il tient le plus grand compte des résultats de l'électrophysiologie; il a même fait des expériences en vue de vérifier chez l'homme les phénomènes de l'électrotonus; mais dès qu'il s'agit d'électrothérapie, l'électrophysiologie, qui seule peut servir de base, est celle de l'homme vivant, sauf à établir ensuite, si l'on peut, sa concordance avec celle des animaux.

Un progrès auquel M. Erb a efficacement contribué est l'adoption de ce qu'on appelle la méthode polaire ou unipolaire. Elle consiste, comme on le sait, dans la suppression à peu près complète des effets d'excitation d'une des électrodes, ce qui se fait en lui donnant une grande surface et en la plaçant sur une région peu excitable et éloignée. Chauveau, le premier, a introduit cette méthode en physiologie, et Pflüger a montré que la loi de contraction pour le nerf dénudé et isolé, dépend essentiellement de l'action propre à chaque pôle. L'idée de l'utiliser en thérapeutique appartient à Baierlacher; mais c'est à Brenner que l'on doit de l'avoir érigée en méthode générale d'examen et de traitement. Le fait est que l'ancienne distinction des courants ascendants et descendants ne se prête guère à l'analyse physiologique. Il est impossible en appliquant, sur le vivant, les électrodes sur deux points du trajet d'un nerf, d'avoir la certitude que ce nerf est parcouru par le courant dans une certaine portion de sa longueur. Erb fait en outre remarquer que, dans ce cas, il faut tenir compte d'au moins quatre directions du courant comme participant à l'excitation du nerf. La méthode polaire s'impose donc d'elle-même; avec elle, c'est-à-dire en n'employant qu'une seule électrode excitatrice, on n'a plus à considérer que les points d'entrée et de sortie du courant dans le voisinage immédiat de l'électrode, ce qu'on a appelé le pôle réel et le pôle virtuel.

Ces bases d'investigation clinique posées, l'auteur expose en détail les résultats obtenus chez l'homme par l'excitation des nerfs moteurs et des muscles (formule normale), des nerfs sensitifs, vaso-moteurs, sécréteurs, du cerveau et de la moelle.

La quatrième partie est consacrée aux méthodes d'exploration fondées sur les données précédentes et à l'électro-diagnostic.

L'enchaînement est rigoureux : on a établi pour chaque organe la formule de réaction normale; dès lors, rien de plus légitime que de chercher d'abord les changements que la maladie apporte à cette formule et ensuite la valeur symptomatique de ces changements. Telle est l'œuvre de Brenner; il l'a conçue et réalisée dans presque tous ses détails. M. Erb l'a complétée, précisée et faite sienne sur beaucoup de points. Ses préceptes concernant l'examen électrique et les précautions qu'il comporte ne sont qu'une application des notions préliminaires de physique; ils n'en forment pas moins un chapitre de première importance qui doit être minutieusement étudié. C'est un véritable code dont les prescriptions sont absolues pour la pratique de l'électro-diagnostic.

Pour essayer de donner une idée de la manière de procéder, suivant la méthode de Brenner et de Erb, nous prendrons pour exemple l'exploration qu'on a le plus souvent occasion de faire, celle des nerfs moteurs et des muscles. Il s'agit d'abord de savoir si l'excitabilité a sa valeur normale et, dans le cas contraire, d'en apprécier l'augmentation ou la diminution, c'est-à-dire les *variations quantitatives*. On effectue cette recherche au moyen des deux ordres de courant, successivement. Avec l'un comme avec l'autre on note la valeur minima de courant nécessaire pour provoquer une contraction visible. Cette valeur du courant est indiquée par le degré d'écartement (en millimètres) des bobines pour le courant induit et par la déviation du galvanomètre pour le galvanique. L'évaluation de ce dernier, pour donner des résultats comparables et vérifiables par tous les observateurs, devrait être faite en unités absolues de courant, c'est-à-dire en ampères. Mais au moment où écrivait M. Erb, les constructeurs allemands ne fournissaient pas encore les galvanomètres absolus, dont l'usage est, grâce à M. Gaiffe, général en France depuis plus de dix ans. Aussi ses indications galvanométriques sont-elles valables seulement pour l'instrument dont il se sert.

Ensuite, il faut rechercher les altérations *qualitatives*. On appelle ainsi les changements par rapport à la *formule normale*, dans l'ordre de succession des contractions anodales et exthodales, pour une intensité croissante de courant. Ces altérations qualitatives coexistent le plus souvent avec les altérations quantitatives dont nous venons de parler; mais, chose remarquable, les unes et les autres ne suivent pas une marche parallèle pour les deux espèces de courant. Ainsi, il est très ordinaire de trouver l'excitabilité faradique diminuée ou complètement éteinte pour un muscle, tandis que la galvanique est conservée ou même très augmentée. Cela, soit dit en passant, montre qu'il est tout à fait insuffisant de dire seulement, comme le font encore quelques auteurs, que dans tel cas de paralysie l'excitabilité électrique est abolie. Il faut de toute nécessité spécifier la réaction aux deux courants employés comparativement. Ce n'est pas tout; si on interroge séparément, de cette manière le muscle et son nerf moteur, on constate que leurs réactions ne sont pas solidaires : le nerf peut ne plus être excitable par les deux espèces de courant, tandis que le muscle l'est encore par le courant galvanique, le plus souvent avec des modifications quantitatives et qualitatives, et avec des changements dans le caractère de la contraction. C'est précisément cet ensemble de phénomènes que Erb a nommé *réaction de dégénérescence*. On le nomme aussi parfois, et à juste titre, réaction de Erb. Quelle est la signification clinique de cette réaction complexe? Baierlacher, le premier, en a vu nettement les éléments dans un cas de paralysie faciale périphérique, et pendant plusieurs années on crut qu'il s'agissait d'une particularité propre à cette affection. Brenner d'abord, puis un grand nombre d'observateurs constatèrent des faits analogues dans d'autres paralysies; mais, ainsi que nous venons de le dire, Erb en a fait l'étude systématique et en a montré l'utilité pratique. La réaction de dégénérescence, sous sa forme complète (indiquée plus haut) ou sous une forme atténuée, est l'indice certain de changements histologiques (atrophie dégénérative survenue dans le nerf et dans le muscle), lesquels changements répondent à une lésion soit des nerfs périphériques, soit des colonnes grises antérieures de la moelle, en un mot à une séparation du nerf et du muscle d'avec leur centre trophique. On doit donc s'attendre à constater cette réaction, et on la constate en effet dans les paralysies traumatiques, dans la névrite, la paralysie rhumatismale, dans les affections médullaires qui atteignent les portions grises des cordons antérieurs (paralysie spinale infantile), dans certaine forme d'atrophie musculaire progressive, la paralysie bulbaire progressive, la sclérose latérale amyotrophique, les hémorrhagies et les tumeurs de la moelle, les paralysies saturnine, syphilitique, diphtéritique, etc. Par contre, elle manque dans les affections musculaires primitives, locales, celles par exemple d'origine articulaire, les atrophies par inaction.

Ajoutons qu'on la constate nettement sur des muscles dont la motilité n'est pas encore sensiblement altérée, ce qui montre l'extrême délicatesse des indications qu'elle peut fournir.

En résumé, la réaction de dégénérescence est un critérium qui sépare nettement une classe nombreuse d'affections du système nerveux périphérique de toutes les autres, en attribuant la qualification de périphérique à cette portion du trajet nerveux qui s'étend de la cellule motrice spinale, inclusivement, au muscle. Voilà pour le diagnostic. Nous devons pourtant signaler une restriction : dans un certain nombre d'affections indiquées plus haut comme caractérisées par la réaction de dégénérescence, celle-ci ne se rencontre pas également sur tous les muscles atteints. Dans la sclérose latérale amyotrophique par exemple, elle ne se montre même qu'à l'état d'exception, de préférence dans les petits muscles des extrémités, tandis que dans les autres muscles on peut trouver tous les degrés d'atrophie sans anomalie de réaction.

Les applications au pronostic ne sont ni moins évidentes ni moins utiles Pour une même classe de paralysie, la gravité de l'affection est en raison directe des changements survenus dans les réactions. Dans les paralysies faciales périphériques, pour citer l'exemple le plus connu, on peut ainsi pronostiquer la durée de la maladie à quelques semaines et même à quelques jours près. De même pour la paralysie spinale infantile.

Tout cela est facile à vérifier. On ne voit donc pas sur quelles raisons *scientifiques* (nous ajoutons ce dernier mot à dessein, car on a allégué quelques raisons qui ne le sont pas) peuvent se fonder les médecins qui prétendent ne pas tenir compte de ces méthodes d'exploration et de leurs résultats.

Nous n'avons pu, dans ces quelques lignes, donner qu'une idée bien incomplète de cette portion du livre de M. Erb; c'est, nous l'avons dit, la partie la plus importante et la plus élaborée de son œuvre. Il faut lire et méditer les trois ou quatre leçons qu'il consacre à l'électro-diagnostic, à la description des réactions, à leur interprétation clinique et physiologique, aux précautions techniques à observer dans leur étude, etc.

Après avoir ainsi épuisé dans tous ses détails l'examen électrique du nerf moteur et du muscle, Erb étudie suivant la même méthode les réactions des nerfs sensitifs et des nerfs crâniens. Ici encore l'électro-diagnostic fournit des données d'une importance capitale et trop négligées dans la pratique. *(A suivre.)*

CORRESPONDANCE

Réponse à M. le Dr Dastre.

Paris, 8 juin 1885.

Mon cher Directeur,

Je ne répondrai pas à la sortie furibonde de M. Dastre, qui n'a pas eu la patience d'attendre la fin de mon travail. Il se fâche, donc il a tort.

Les discussions de cette espèce ne peuvent d'ailleurs servir à rien, et ceux qui aiment sincèrement la vérité n'en ont pas besoin pour juger entre nous.

Ce serait du temps perdu. Mais je n'admettrai jamais, n'en déplaise à M. Dastre, que l'*Allemand Henri Tollin, licencié en théologie*, soit *le maître des érudits en cet ordre de choses* (l'histoire de la circulation du sang), ni surtout un maître critique. Il est de trop mauvaise foi pour cela.

Veuillez agréer, etc. E. TURNER.

BIBLIOGRAPHIE

Les anomalies musculaires chez l'homme expliquées par l'anatomie comparée. Leur importance en anthropologie ; par le Dr TESTUT, professeur d'anatomie à la Faculté de Lille (ouvrage couronné par la société d'Antropologie et par l'Institut). Gr. in-8 de 844 pages. — Paris, 1884, G. Masson, éditeur.

Les distinctions dont ce livre de M. le Dr Testut a déjà

été l'objet le désignent suffisamment à l'attention et en prouvent assez l'importance. Il est le premier travail d'ensemble sur un ordre de recherches presque entièrement nouveau. Et quel travail! Huit cents pages grand in-8° employées à la description succincte d'anomalies musculaires!

Avant ces dernières années, les anomalies dans la structure anatomique n'étaient qu'un embarras véritable. Elles gênaient simplement dans l'étude du type général et constant qu'il s'agissait de dégager. On passait par-dessus elles le plus légèrement du monde, et cela se conçoit dans une mesure, puisqu'elles n'avaient aux yeux des chercheurs aucune signification. Cette signification, c'est dans la théorie transformiste qu'elles devaient seulement la trouver, puisque ce n'est qu'en vertu de cette théorie qu'on pouvait songer à les considérer comme la reproduction de caractères normaux chez des ancêtres plus ou moins éloignés. Cependant, il ne faut pas oublier que les idées d'Etienne Geoffroy Saint-Hilaire sur « l'unité de composition ou de plan » pouvaient suffire largement à faire comprendre l'utilité de leur notation exacte. Ces idées reposaient en effet surtout sur les *homologies* qui existent entre les organes d'animaux fort différents. Et la recherche des homologies, c'est celle de la parenté anatomique des organes. Or, certaines anomalies nous dévoilent parfois bien plus nettement que leurs caractères actuellement propres, l'origine commune, la parenté d'organes différents appartenant à des êtres plus ou moins dissemblables.

Un des premiers travaux, peut-être le premier, dont les anomalies musculaires aient été l'objet, est précisément inspiré de ces idées. C'est celui d'Ad. Richard (*Essai sur l'anatomie philosophique et l'interprétation de quelques anomalies musculaires du membre thoracique dans l'espèce humaine.* — Acad. des sciences). Il ne date d'ailleurs que de 1852. Et avant cette date, on ne cite que le *Traité de myologie* (1843), de F. G. Theile, qui ait mentionné des anomalies à la suite de la description des formes typiques, c'est-à-dire de la structure la plus constante.

Dès qu'après Darwin la doctrine transformiste est devenue le fil directeur des naturalistes, on a songé à chercher des éléments de preuves dans les organes rudimentaires et les anomalies. Celles-ci se sont présentées comme des témoins rares et intermittents d'une structure anatomique depuis longtemps transformée, d'adaptations à des fonctions depuis longtemps abandonnées ou changées. On a réuni de suite de nombreuses observations d'anomalies musculaires. Des mémoires importants ont été publiés en Angleterre par Wood (1865, 1866), Macalister (1867, 1871), Turner, Huxley (1864, etc.); en Allemagne, par Gruber (1857, 1860, etc.); en Italie, par Calori (1867), etc., etc. Ce genre de recherches a été inauguré en France par deux élèves de Broca, MM. Pozzi et Chudzinski, ce dernier ayant fourni les contributions les plus importantes à l'anatomie des nègres (1872, etc.). Et depuis, les observations se sont considérablement multipliées, surtout à l'étranger. M. Testut les a toutes recueillies avec un véritable luxe de renseignements bibliographiques, en y joignant les siennes. Voilà pourquoi son livre est important, non seulement pour le grand nombre de faits nouveaux qu'il contient, mais encore en tant qu'exposé complet de l'état actuel de la science. Ce livre est divisé en cinq parties. La première comprend la description de toutes les anomalies musculaires du tronc; la seconde, celle des anomalies musculaires de la tête; la troisième et la quatrième, celle des anomalies des membres; la cinquième partie est consacrée à une sorte de synthèse et à l'interprétation des faits ainsi rassemblés.

Lorsque nous aurons donné la substance de cette dernière partie, le lecteur connaîtra presque tout ce qu'il est possible de donner d'un ouvrage aussi technique dans un compte rendu.

Les muscles de l'homme sont tout aussi variables que les vaisseaux, bien plus variables que les os et les nerfs. Il n'est pas prouvé que le sexe ait sur ces variations la moindre influence. Pour l'âge, il n'y a pas à s'en occuper. Les anomalies, constituées au moment de la naissance, persistent, sans modifications sensibles, jusqu'à l'âge le plus avancé. Elles ne sont pas nécessairement symétriques. Sur un relevé total de 981 anomalies fait par Wood, 623 étaient bilatérales, 358 n'existaient que d'un seul côté; et tandis que 176 occupaient le côté droit exclusivement, 182 occupaient le gauche. Si le processus qui crée les anomalies exerce bien souvent son action sur deux muscles symétriques dans le plan transversal, il ne frappe jamais ou presque jamais deux muscles homologues dans le sens vertical. Il rétablit cependant, dans bien des cas, des homologies disparues entre les membres thoraciques et les membres pelviens. Il n'y a sans doute aucun rapport entre le mode de production des anomalies et le degré de développement du système musculaire. Les muscles les plus fréquemment atteints par l'anomalie sont ceux qui pourraient disparaître avec le moins d'inconvénients, ceux dont la destination est la moins fixe et la moins précise. C'est aux membres et surtout aux membres supérieurs que les anomalies sont le plus fréquentes, et, dans les mêmes membres, aux segments les plus éloignés du tronc, aux segments distaux. Il est probable que les anomalies musculaires peuvent se transmettre héréditairement comme d'autres anomalies. Mais on ne sait rien de positif à ce sujet.

La structure anatomique du système musculaire peut être anormale de deux manières : 1° par la présence de muscles surnuméraires; 2° par des modifications dans la forme, dans la constitution, dans les insertions et dans les rapports des muscles ordinaires. De là une certaine classification des faits observés pris en eux-mêmes. Ce que l'on sait de l'anatomie des autres animaux témoigne d'une égale variation des muscles chez eux. On ne connaît bien parmi ces variations que celles qui sont reversives, c'est-à-dire que celles qui se rapportent à un état normal chez des animaux inférieurs.

Au point de vue des races humaines, on n'a pu faire de comparaisons assez étendues qu'entre les blancs et les nègres. Mais de ces comparaisons, il ressortirait déjà deux propositions capitales : « 1° Nous ne connaissons, pour le moment du moins, aucune disposition anatomique qui soit spéciale au système musculaire du nègre; — 2° les anomalies musculaires ne sont pas plus fréquentes chez les nègres que chez les blancs. » Cela n'empêche pas que l'anatomie anormale reproduit, dans le système musculaire de l'homme, toutes les dispositions simiennes et vient pour ainsi dire combler toutes les distances qui séparent, à l'état normal, l'homme des autres primates. « Si les autres systèmes organiques se comportent comme le système musculaire, on pourrait arriver à constituer, avec des organes exclusivement humains, un sujet qui différerait fort peu du singe. » Etant donnée la puissance bien constatée de l'atavisme, qui fait renaître chez des individus des caractères depuis longtemps perdus par leurs parents immédiats, des caractères ancestraux, la signification de ces faits n'est pas douteuse. « Mais toutes les anomalies observées chez l'homme ne se rencontrent pas normalement dans les espèces simiennes; il en est qui ne se rencontrent que dans des ordres plus éloignés. Cela, peu compatible avec la théorie de la descendance exclusivement simienne de l'homme, concorde plutôt avec l'opinion de ceux qui n'admettent entre l'homme et le singe qu'une parenté collatérale. » Telle est la conclusion bien légitime de notre ami M. le Dr Testut. ZABOROWSKI.

Berättelse till Kongl. Medicinal-styrelsen om allmänna helsotillstandet i Stockholm under aret 1883, vid. Dr. Klas LINROTH Stockholm, in-8° de 71-69 p., 1884.

Le service de statistique municipale de la ville de Stockholm publie chaque année un rapport dont notre *Bulletin municipal* peut donner une excellente idée. Nous avons entre les mains le septième rapport, dû à la plume autorisée du Dr Klas Linroth, premier médecin de l'état civil. A côté de renseignements de statistique pure, ce volume renferme d'intéressantes études sur les voitures devant servir

au transport des blessés; les plans du nouvel hôpital Maria; un résumé sur le fonctionnement des policliniques, etc. R. Bl.

CONSEIL MUNICIPAL

Séance du 10 juin 1885.

L'hygiène de M. Desprès.

M. Desprès, — Messieurs, j'entends à tout instant répéter ici que la population réclame avec insistance de l'eau de sources; eh bien, je tiens à protester contre cette affirmation, car il n'en est rien (Réclamations prolongées). Non, la population ne réclame pas (Nouvelles protestations). Elle vous suit; car c'est vous qui avez créé la question de l'eau.

Tout à l'heure, M. le Directeur des travaux rappelait que la plupart d'entre nous ont été élevés avec l'eau de la Seine et qu'à cette époque il n'y avait pas plus de mal qu'aujourd'hui. Et c'est la vérité. Vous vous rappelez la pompe du pont Notre-Dame qui alimentait Paris; et tout le long de la berge de la Cité tous les égouts possibles se déversaient à 50 ou 100 mètres au-dessus. Mais vous préférez croire les hygiénistes qui voient des microbes partout. Or je déclare que toute eau, si sale qu'on la préjuge ou qu'elle paraisse, devient salubre lorsqu'elle a un fort courant ou est restée un certain temps en repos. Je l'ai déjà dit et je ne cesserai de le répéter. On a calomnié l'eau de la Seine. Qu'on nous en donne pour nos besoins et tout le monde sera satisfait.

M. Sauton. — Je ne peux pas laisser dire, sans protestation...

M. Strauss. — Unanime et indignée. (Très bien!)

M. Sauton. — ... que la population parisienne ne réclame pas d'eau. Non seulement elle veut de l'eau, mais de l'eau de source. (Très bien!) Oh, je sais bien que les habitants privilégiés du faubourg Saint-Germain.....

M. Desprès. — Je ne bois que de l'eau d'Ourcq. (Rires.)

M. Michelin. — Par goût? (Nouveaux rires.)

M. Desprès. — Parce que mon propriétaire n'a que cette eau-là.

M. Levraud. — Je m'associe aux protestations de mon collègue Sauton contre les paroles de M. Desprès. On est vraiment étonné d'entendre parler ainsi un médecin distingué.

M. Michelin. — C'est pour avoir plus de malades. (On rit).

M. Levraud. — En tenant un pareil langage, M. Desprès montre combien il connait peu la population de Paris. Si dans le faubourg Saint-Germain on a l'eau à discrétion, il n'en est pas de même dans tous les arrondissements. (Très bien!) et les nombreuses personnes qui n'ont pas le moyen d'aller passer l'été hors Paris, réclament à bon droit de l'eau salubre.

M. Desprès. — Donnez-leur de l'eau de Seine.

M. Levraud. — En vérité, M. Desprès ferait croire qu'il préfère l'eau sale à l'eau propre. (Très bien! Rires.) Comme lui, j'en ai bu.....

M. Desprès — Et vous n'en êtes pas mort.

M. Michelin. — Le Conseil tout entier proteste contre les paroles de M. Desprès. (Approbation.)

L'incident est clos.

Nous laissons à nos lecteurs le soin d'apprécier les idées de M. Desprès sur l'*hygiène*: elles leur paraîtront à la hauteur de ses idées sur la *thérapeutique chirurgicale*.

VARIA

Notice sur le Nouvel Hôpital du Havre.

Le Nouvel Hôpital du Havre est edifié en dehors de l'agglomération urbaine, sur le versant Sud de la Côte d'Ingouville, dans une propriété de 65,000 mètres d'étendue, ornée, dans sa partie supérieure surtout, d'une abondante végétation.

La construction en a été confiée à M. Léon David, architecte, à la suite d'un Concours ouvert en Novembre 1880 par la Commission administrative des Hospices.

Les frais de premier établissement s'élèveront à 1,875,000 fr. (1), ce qui fait ressortir le lit à un peu plus de 6,000 fr. Ce prix ne paraitra pas élevé, si on le compare au prix de revient des autres hôpitaux, spécialement des hôpitaux de la ville de Paris.

Les pavillons qui composent cet Hôpital sont batis en amphithéâtre. C'est un avantage considérable au point de vue de la salubrité de l'établissement, car chaque pavillon est ainsi parfaitement isolé, aéré et largement exposé aux rayons du soleil.

Le nombre de ces pavillons est de 17, orientés de l'Est à l'Ouest, avec leur façade au Sud; 6 sont affectés à l'Administration et aux services généraux; — 11 aux malades. Sur ces derniers: 6 sont consacrés au traitement des hommes et 5 au traitement des femmes.

A l'entrée de l'Hôpital, situé rue de Condé et rue de Tourneville, se trouvent: A *droite*, le pavillon d'Administration comprenant: au rez-de-chaussée, la salle de réunion de la Commission administrative et du Directeur, les bureaux, le Concierge; au premier étage, les logements de l'Econome et ceux du Pharmacien; au deuxième étage, le logement des Internes en médecine et en pharmacie.

A *gauche*, le pavillon de consultation, ayant: au rez-de-chaussée, le service du Dispensaire avec cabinets de Médecin et de Chirurgien, salles aux pansements et d'attente pour les malades, la salle de réunion des Médecins avec bibliothèque, le réfectoire et la salle de lecture et de conversation des pensionnaires femmes — Au premier étage, 5 chambres: deux à un lit, deux à deux lits et une à quatre lits pour le service des pensionnaires femmes, avec chambre d'infirmière — Au deuxième étage, un *dortoir* (1) pour le personnel servant. Chacun de ces étages est muni de lavabos et de water-closet.

Passé les pavillons d'Administration, se développe la cour d'honneur, au fond de laquelle est édifiée la *chapelle qui la domine* du haut d'une terrasse bordée d'une balustrade. En arrière de cette chapelle, sont disposés le dépositoire avec huit dalles en pierre entourées de rideaux et la salle d'autopsie (2). — A côté, une salle particulière a été réservée pour le service des inhumations du culte protestant.

A gauche de la cour d'honneur, s'élèvent quatre pavillons destinés aux femmes malades. Le quartier des hommes est à droite. Tous les pavillons de malades sont à rez-de-chaussée établi sur un soubassement élevé, dans lequel on a établi des promenoirs, des salles de lecture et de récréation, des magasins, les calorifères, etc , etc. Les salles de malades sont voûtées en ogive; des ventilateurs ont été placés dans leur partie supérieure; leur hauteur, du dallage au faite, est de 7 mètres; leur section, de 46 mètres 60; le cube d'air par lit, de 48 mètres (3).

Rien n'a été négligé du reste pour assurer la salubrité la plus complète dans les salles: le dallage a été fait en mosaique, afin d'éviter les interstices qui servent toujours de réceptacles aux miasmes et aux matières organiques; les angles des murs ont été arrondis, pour empêcher les poussières de s'y attacher et rendre le nettoyage plus complet et plus facile; des trémies ont été disposées pour l'enlèvement, par le sous-sol, du linge sali par les malades; les poussières provenant du balayage sont également projetées dans le sous-sol, près des calorifères, où elles peuvent être recueillies et brûlées; les water-closet sont à double syphon hydraulique, avec tuyau de chute plongeant dans une fosse à système diviseur; l'abondance et le renouvellement d'eau assurés à ce service sont une garantie contre toute émanation; les tuyaux de descente des eaux pluviales sont munis de syphons.

L'éclairage électrique a été substitué à l'éclairage au gaz, en vue de supprimer les inconvénients résultant de ce dernier mode d'éclairage, notamment l'élévation de la température dans les salles, les produits délétères de la combustion du gaz, tels que l'acide carbonique et surtout l'oxyde de carbone, gaz éminemment irrespirable et si redoutable pour la santé; la vapeur d'eau, l'inégalité et l'instabilité de la lumière, susceptibles d'engendrer des affections oculaires; enfin, les dangers d'explosion ou d'asphyxie, lorsqu'il se produit des fuites dans un local clos.

La Commission a donc installé l'éclairage électrique, mais en cherchant à éviter les écueils dont quelques hygiénistes s'étaient préoccupés: la lumière sera fixe, sans intensité trop vive, et l'on pourra encore, s'il en est besoin, substituer au verre blanc le verre dépoli ou coloré.

En outre, pour soustraire les salles à l'influence de la température extérieure, un matelas d'air a été ménagé dans l'épaisseur des murs et dans la toiture. Ainsi les murs sont formés d'une paroi de briques de 0m22 centimètres d'épaisseur à l'extérieur, d'un vide de six centimètres, et d'une nouvelle paroi en briques creuses de

(1) Construction . . . . 1,200,000 fr.
Mobilier . . . . 200,000 »
Terrain . . . . 475,000 »

(1) Il est à regretter que l'on n'ait pas prévu une chambre pour chaque infirmière, réforme que nous avons fait prévaloir pour le pavillon Moiana (hôpital Saint-Antoine), pour l'hôpital des Enfants malades, l'hôpital Bichat, etc.

(2) Ce dernier a le tort grave d'être à moins de dix mètres de l'un des services de chirurgie. Le dépôt des morts est bien; malheureusement, la *salle d'autopsie* est très défectueuse, les tables en pierre déplorables, etc. Enfin, il n'y a pas de laboratoire, ni de cabinet pour les examens histologiques.

(3) Comme on le voit, l'architecte a fait là une application à peu près complète du système Tollet.

huit centimètres d'épaisseur à l'intérieur. Enfin, la ventilation dont il sera parlé ci-après a été assurée.

Le premier des pavillons de femmes (lettre C du plan) comporte deux salles de 14 lits destinées au traitement des affections médicales ; — Le deuxième portant la lettre D, deux salles de 14 lits pour les affections chirurgicales ; — Le pavillon E, de 4 lits, a été réservé pour l'isolement des malades atteintes de complications chirurgicales : infection purulente, pourriture d'hopital, érysipèle, etc. — Le pavillon F, de 14 lits, n'a pas encore reçu d'affectation. (Voir *Fig.* 38.)

Le quartier des hommes comprend : le pavillon H, avec deux salles de 24 lits pour les maladies chirurgicales ; — Le pavillon I, deux salles de 24 lits également, une pour la chirurgie et une pour la médecine ; — Le pavillon J, deux salles de 24 lits pour la médecine ; — Le pavillon Q, des chambres et de la terrasse duquel on découvre le panorama de la Ville et de la rade, est destiné aux pensionnaires de première catégorie. Il possède 16 lits et toutes les dépendances obligées d'une maison de santé : chambres particulières avec ou sans cabinet, chambres à deux ou quatre lits, salle de bains, lavabos, salon, salle à manger, salle de lecture, cabinet de médecin, office, etc., etc.

Au sommet du coteau, à 130 mètres à vol d'oiseau des pavillons de malades, et à 620 mètres en circuit, derrière un épais rideau d'arbres, la Commission Administrative a fait construire, pour le traitement des personnes atteintes de maladies contagieuses, deux pavillons de chacun 11 lits (lettres N et O du plan), répartis dans trois chambres à un lit et deux dortoirs à quatre lits, afin de pouvoir y soigner simultanément des affections différentes. — Les murs de ces salles ont été recouverts de stuc.

Ces deux pavillons pouvant être insuffisants, on a édifié à l'Ouest (lettre M du plan), un pavillon de 23 lits qui, habituellement, servira pour les convalescents, mais qui, en temps d'épidémie, pourrait recevoir un nombre égal de contagieux. Enfin, si ces 45 lits ne suffisaient pas encore, on aurait la possibilité d'établir des tentes sur les pelouses existant autour de ces pavillons.

Cela fait, comme nous l'avons dit, avec les chambres particulières existant dans chaque pavillon, un total de 312 lits, soit pour chaque lit un espace superficiel de 208 mètres carrés.

Tous les pavillons de malades sont pourvus des dépendances indispensables : cabinet de médecin, cabinet de la surveillante, salle de bain, lavabo, tisanerie, laverie, réfectoire, calorifères à air chaud, water-closet, etc.; enfin, d'une galerie ou balcon placé en avant de la façade, où les malades pourront être roulés ou portés sur un fauteuil ; dans les pavillons de chirurgie, il y a en plus, une salle d'opérations ; les pavillons H, I et J comportent en outre des dortoirs pour dix servants dans le premier étage établi au-dessus de la partie centrale.

Les Services généraux ont été répartis dans les bâtiments portant les lettres A, B, G, K, L et P du plan. Les trois premiers qui contiennent l'Administration proprement dite (pavillon A), les Dispensaires et les Salles de visite (pavillon B), la Chapelle et les Salles d'autopsie (pavillon G), ont été décrits ci-dessus.

Vient ensuite le bâtiment L, dont la partie Sud est affectée aux bains généraux. Ce service comprend douze cabinets (six pour les hommes et six pour les femmes), pourvus chacun d'une baignoire en fonte émaillée. Les murs de ces cabinets sont faïencés. Le plafond de ceux devant servir aux bains sulfureux est stuqué.

A coté, en remontant vers le Nord, se trouve la salle d'hydrothérapie, munie d'appareils pour les douches en cercle, douche écossaise, douche en pluie, en jet, en lame, etc., bain de siège avec douches vaginale, périnéale et dorsale ; les murs de cette salle sont stuqués ; un plancher en caillebotis recouvre le sol et les caniveaux servant à l'écoulement des eaux. A proximité de cette salle ont été placés des cabinets pour les bains russes et l'étuve sèche, un vestiaire et deux chambres de repos (1).

Au-dessous, dans la partie inférieure du batiment, on a installé une étuve pour la désinfection des linges et des effets contaminés. Les habitants de la ville auront la faculté d'en faire usage. L'enveloppe de cette étuve est en briques de $0^{m}33$, comportant un vide ou matelas d'air de $0^{m}11$ dans son épaisseur. Sa hauteur est de 2 mètres, sa longueur de $2^{m}45$ et sa largeur de $1^{m}50$.

Le *chauffage* se fait au moyen de la chaudière à vapeur des bains, qui mesure 7 mètres de surface de chauffe et dont le timbre a été porté à 7 kilos en vue de ce service supplémentaire : 30 tuyaux à ailettes en fonte de $0^{m}08$ cent. de diamètre intérieur, tapissent les parois de cette étuve dont la température peut atteindre 130 degrés centigrades. Un jet de vapeur peut ensuite être dirigé sur les objets pour détruire les proto-organismes et les spores qui auraient résisté à la désinfection par l'air sec.

Deux salles d'attente ont été ménagées près de l'étuve : celle du Sud sert à la réception du linge ; celle du Nord à la sortie. On a voulu ainsi éviter toute contamination nouvelle au linge ayant subi la désinfection.

Les objets à désinfecter sont ou accrochés au chariot supérieur de l'étuve ou déposés dans un vagonnet à compartiments pouvant recevoir au besoin trois matelas. Ce chariot et ce vagonnet roulent à l'intérieur de l'étuve sur des rails en fer prenant naissance à l'extérieur et disposés de telle sorte qu'ils ne peuvent gêner en aucune façon la fermeture des portes. Ces portes sont à deux vantaux en fer et garnis d'un corps isolant. La cheminée d'évaporation est en communication avec celle de la chaudière. La dépense de cette étuve, avec son générateur à vapeur, s'est élevée à 7,800 fr.

A l'angle Nord-Ouest du bâtiment L ont été installées les cuisines. Au centre, avec son fourneau, son étuve, sa rôtissoire à gaz, se trouve la pièce principale autour de laquelle rayonnent le cabinet du chef, la salle d'épluchage, la laverie, le magasin aux légumes, les salles de découpage et de distribution, la paneterie, la boucherie, la laiterie et les réfectoires du personnel servant. En sous-sol, les magasins aux légumes, les caves pour le vin, le cidre, la bière, etc.

Plus à l'Est, toujours dans le bâtiment L, on trouve d'abord la pharmacie, avec son laboratoire et un cabinet pour le pharmacien, puis la lingerie, avec sa salle de distribution.

A l'extrémité Sud-Est de l'établissemenf, dans une cour formant pénétration dans la propriété voisine, on a placé la buanderie (lettre K du plan).

Ce service comprend : au rez-de-chaussée, la salle de réception du linge, avec ses casiers de triage ; la buanderie proprement dite, avec ses bacs de trempage, de savonnage et de rinçage; ses réservoirs à eau chaude et à lessive, ses cuviers, tonneau laveur et essoreuse mus par la vapeur ; le séchoir à air chaud ; les ateliers de raccommodage, de repassage, de matelasserie et d'épuration de la plume ; au premier étage, d'un bout, le dortoir des ouvrières avec lavabos et water-closet, et d'autre bout, le magasin pour le dépôt des matelas, etc. Le pavillon P est réservé au logement des chefs d'office, surveillantes et sous-surveillantes.

L'Administration a utilisé, pour la lumière électrique, les deux générateurs de vapeur et la machine de 15 chevaux établis dans le sous-sol de la buanderie pour les besoins de ce service. Lesdits appareils fonctionneront donc de jour pour le service du blanchissage, et de nuit pour celui de l'éclairage.

Les générateurs électriques se composent de trois machines dynamo-électriques du système Gramme, à double enroulement, actionnées par le moteur dont nous venons de parler.

Ils alimentent 47 lampes de deux Carcels réparties dans les salles, et 20 lanternes représentant 59 lampes, placées dans les jardins, soit en tout 106 lampes de deux Carcels ou de 20 bougies.

Chaque appareil est pourvu d'un commutateur permettant l'extinction séparée de chacune des lampes. Il y a également un commutateur général pour l'allumage de toutes les lampes ou pour leur extinction simultanée ; des bouchons de sûreté ont, en outre, été placés à différents endroits du parcours, en vue de parer aux accidents, s'il s'en produisait dans le circuit.

Les appareils sont reliés aux dynamo par des fils et câbles recouverts de gutta-percha établis partie souterrainement, partie en élévation au moyen de potelets scellés sur les murs d'enceinte.

Les fils sont divisés en quatre circuits convergeant au local des machines, d'où l'on peut surveiller l'intensité de la lumière des lampes branchées sur chacun de ces circuits et régler aussi la force motrice proportionnellement au nombre de lampes allumées.

La ventilation des salles de malades se fait par appel, c'est-à-dire que l'air est appelé de l'intérieur à l'extérieur au moyen de conduits d'aspiration dont les bouches, au nombre de quatre, sont placées dans les salles de chaque côté des portes d'entrée.

Pour le fonctionnement de cette ventilation, de même que pour assurer le chauffage, des calorifères ont été construits en sous-sol ; ils sont divisés en deux parties bien distinctes : l'une, celle du côté Nord, contient un foyer servant, concurremment avec les rosaces à ailettes existant dans le faitage, à la ventilation d'été ; l'autre, au chauffage, et à la ventilation d'hiver .

L'air pur est pris à l'extérieur, du côté Nord, chauffé au contact de la cloche à ailettes et de coffres superposés existant dans l'interieur des calorifères, puis injecté dans les salles par quatre ou six ouvertures suivant la grandeur des pavillons ; deux de ces ouvertures sont à fleur de l'aire en mosaïque, au centre des salles, les autres ont été placées dans les murs des façades.

(1) On aurait dû placer le service hydrothérapique entre la salle des bains des hommes et celle des femmes, afin de pouvoir donner une douche à la sortie du bain. — La salle d'hydrothérapie est très belle ; malheureusement, les appareils sont tout à fait mal disposés. Le remède est facile et nous conseillons vivement à M. David de lire le livre de L. Fleury, de voir l'établissement de notre ami N. Pascal, à Passy, installé par Fleury ; de visiter les services d'hydrothérapie de l'hôpital Laënnec, de la Salpêtrière et de Lourcine.

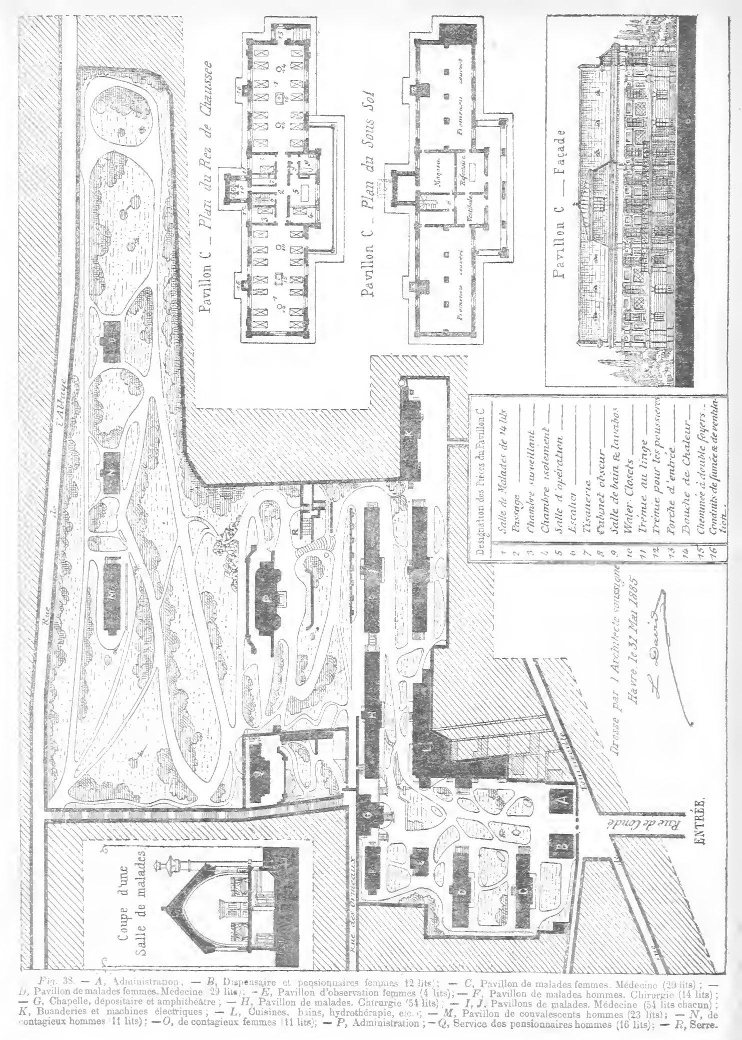


Fig. 38. — *A*, Administration, — *B*, Dispensaire et pensionnaires femmes 12 lits); — *C*, Pavillon de malades femmes. Médecine (29 lits); — *D*, Pavillon de malades femmes. Médecine (29 lits); — *E*, Pavillon d'observation femmes (4 lits); — *F*, Pavillon de malades hommes. Chirurgie (14 lits); — *G*, Chapelle, dépositaire et amphithéâtre; — *H*, Pavillon de malades. Chirurgie (54 lits); — *I*, *J*, Pavillons de malades. Médecine (54 lits chacun); *K*, Buanderies et machines électriques; — *L*, Cuisines, bains, hydrothérapie, etc.; — *M*, Pavillon de convalescents hommes (23 lits); — *N*, de contagieux hommes (11 lits); — *O*, de contagieux femmes (11 lits); — *P*, Administration; — *Q*, Service des pensionnaires hommes (16 lits); — *R*, Serre.

L'air vicié soit par la respiration, soit par les autres causes d'infection existant dans les salles de malades, est ensuite aspiré par les bouches d'évacuation dont nous avons parlé ci-dessus ; il est amené dans une cheminée au centre de laquelle les tuyaux de fumée ont été placés afin d'élever encore sa température et accélérer, par le fait même, sa vitesse de sortie.

Des cheminées à double foyer ont, en outre, été placées au milieu des salles, tant pour concourir à la ventilation que pour la satisfaction des malades dont la vue se trouvera réjouie par la clarté et la mobilité de la flamme.

La température des salles atteindra facilement 16 degrés centigrades, même par les plus grands froids. Le renouvellement d'air, en été comme en hiver, sera de 150 mètres cubes par heure et par lit, et il s'effectuera à la vitesse de 1 mètre à 1 mètre 50 par seconde.

Le service des eaux est largement pourvu : la Ville donne gracieusement en eau de Saint-Laurent, toute celle nécessaire à l'alimentation de la population, et une source existant dans la propriété assure, par un débit journalier de 200,000 litres, le service de l'arrosage et du blanchissage.

En construisant un Hôpital de 300 lits, la Commission administrative a tenu compte des désidérata de la Science ; elle espère que les résultats répondront à son attente, et que les malades y trouveront un plus prompt rétablissement de leur santé.

Montant de la dépense pour la construction du nouvel Hôpital.	Fr.	1.200.000
Mobilier.	»	200.000
Acquisition de la propriété.	»	475.000
Total.	Fr.	1.875.000

Surface du terrain, 62,937 m.
Le cube d'air des salles de malades est de 48^{m3} par lit.
Le cube d'air des salles de contagieux est de 52^{m3} par lit.
Le cube d'air des chambres d'isolement est de 58^{m3} par lit.
Echelle de 0.0005 par mètre.

Autopsie proprement dite (1).

XX. Examen du crane et de l'encéphale.

a) Examen des parties molles des régions fronto-occipitale et temporales. — La tête est soulevée au moyen d'un billot qui enchâsse, par sa concavité, la région cervicale postérieure. — Le *cuir chevelu* proprement dit, ayant été examiné lors de l'inspection externe, on pratique une incision transversale allant d'une oreille à l'autre en passant par le vertex et comprenant toutes les parties molles. Cette incision doit, selon les sujets, être reportée plus ou moins en arrière, de façon à ce qu'elle puisse être facilement cachée par les cheveux ; ceux-ci doivent être autant que possible rabattus en avant et en arrière surtout chez la femme et c'est au niveau de la raie ainsi obtenue que l'on fait l'incision. On détache alors facilement le lambeau antérieur, puis le postérieur, sans même s'aider du bistouri, grâce à la laxité du tissu conjonctif sous-aponévrotique, jusqu'au niveau du rebord orbitaire en avant et de la protubérance occipitale externe en arrière. — On note l'état des parties molles détachées et mises à nu (bosses sanguines, ecchymoses, œdème, abcès, phlegmon diffus, céphalématome, pneumatocèle, et tumeurs diverses appartenant en propre aux régions ou provenant des organes sous-jacents (encéphalocèles). — On aura soin de bien distinguer à quel plan se rattachent les lésions anatomiques (2).

b) Ouverture du crâne. — Ceci terminé on enlève la calotte crânienne. Tout d'abord on pratique sur les régions temporales et horizontalement au travers des muscles temporaux une incision au niveau de laquelle doit passer le trait de scie, cette incision, qui va jusqu'à l'os, permet de voir les altérations qui siègent parfois dans cette région.

c) Enlèvement de la calotte crânienne. — On trace ensuite circulairement par la section complète des parties molles restantes la ligne que doit parcourir la scie. Cette ligne passe en avant à environ un centimètre au-dessus de l'arcade sourcilière et en arrière au niveau ou un peu au-dessus de la protubérance occipitale externe et latéralement par les fosses temporales. La section de la calotte crânienne doit toujours être pratiquée au moyen de la scie, l'emploi du marteau encore usité par quelques médecins doit être rejeté. La section à la scie, quoique plus longue, a l'avantage de ne pas produire d'esquilles, de fracture, etc.; de pouvoir conserver la calotte crânienne ; mais il exige une certaine attention pour ne pas léser les méninges et même le cerveau (1).

On note tout en sciant la plus ou moins grande dureté du tissu osseux, puis la section achevée, la nature et la quantité des liquides qui s'écoulent ; ceux-ci sont au besoin recueillis et pesés. La calotte est enlevée et détachée de la dure-mère au moyen du crochet qui se trouve à l'extrémité du marteau à autopsie, et qui est introduit en avant entre les deux surfaces de section du frontal ; l'on tire à soi assez fortement mais avec précaution, et prenant de la main gauche un point d'appui sur le sommet du thorax. Chez les enfants normalement, et chez l'adulte dans certaines affections, il arrive que la dure-mère est complètement adhérente à la table interne du crâne, il faut l'inciser circulairement au niveau du trait de scie. — Chez le nouveau-né on ne peut employer la scie, les os sont sectionnés circulairement au moyen de forts ciseaux, ou du sécateur.

d) Examen de la calotte crânienne. — La calotte est examinée avant et après l'ablation de toutes les parties molles encore adhérentes que l'on enlève du reste assez facilement par le râclage avec un scalpel. — On consigne les altérations du péricrâne qui ont échappé aux examens antérieurs.

On procède alors à l'inspection de la *table externe : coloration* (normalement grise ou gris jaunâtre) ; — *consistance* (craniotabes, etc). *Forme* (déformations artificielles, symétrie ou asymétrie (Plagiocéphalie, etc.), état des bosses frontales, pariétales, crêtes, saillies, dépressions, anomalies (os wormiens, sutures supplémentaires, etc.), hyperostose, exostoses (crâne natiforme, etc.), atrophie (2), atrophie sénile et symétrique des pariétaux, etc.), disposition et forme des trous pariétaux. — On note enfin les lésions s'il y a lieu (carie, nécroses, tumeurs diverses). L'examen de la *table interne* se pratique de même façon : elle est plus ou moins polie, les impressions digitales et vasculaires y sont plus ou moins marquées et soumises du reste, même à l'état normal, à d'assez grandes variations. — Le *diploé* est examiné surtout au point de vue de son épaisseur, de sa coloration et de son contenu sanguin.

On doit tenir compte de l'épaisseur totale de la calotte qui varie ordinairement entre 4 et 6 millimètres. Elle est plus prononcée au niveau des protubérances interne et externe de l'occipital, etc., moindre au niveau de la partie écailleuse du temporal. — Les rapports entre les tables interne et externe et le diploé seront indiqués, puis l'on mentionnera les perforations, l'amincissement plus accusé qu'à l'ordinaire au niveau des sinus, de l'artère méningée et de ses branches, des corpuscules de Pacchioni, etc. A cet effet on regarde la calotte par transparence. — On n'oubliera pas de décrire soigneusement le trajet et la forme des *fractures* qui peuvent ne comprendre que la table externe ou interne ; qui sont souvent plus visibles sur celle-ci que sur la première. Il faudra éviter de confondre les fractures avec des scissures anormales, ou exceptionnelles.

Il faut tout spécialement porter son attention sur l'*état des sutures*. La suture métopique ou bi-frontale n'est ordinairement plus visible après l'âge de 5 ans ; toutefois, surtout sur les crânes brachycéphales, parfois sur des crânes dolichocéphales dans les cas d'affections des méninges, d'hydrocéphalie, elle peut persister toute la vie ; on la trouve en moyenne une fois sur dix. — Chez l'Européen la soudure des autres sutures commence ordinairement vers l'âge de 45 ans et s'opère à peu près dans l'ordre suivant : *Suture bi-pariétale* (obélion, point où la suture est plus simple), puis le reste de son trajet en se

(1) Extrait d'un *Manuel de technique d'autopsie* par Bourneville et Bricon. Voir *Progrès médical*, nos 43, 44, 46, 47, 48, 50 et 52 (Année 1884) et nos 3, 4, 5, 7, 11, 12 et 13 (Année 1885).

(2) Il ne faut pas oublier que, sauf dans certains cas pathologiques, le péricrâne est resté adhérent à la calotte crânienne.

(1) D'où la pratique abandonnée aujourd'hui de certains médecins qui décollaient préalablement la dure-mère sur le trajet de la scie par des trous faits en plus ou moins grand nombre au moyen du trépan (Chaussier en faisait quatre).

(2) L'atrophie de la table externe s'accuse à l'œil nu par des taches roussâtres.

terminant par la partie antérieure, partie latérale droite, puis médiane (celle-ci s'effaçant toutefois complètement avant la première) de la suture lambdoïde, partie médiane de la suture coronale, partie latérale gauche de la lambdoïde, parties latérale droite, puis gauche de la coronale, suture écailleuse du temporal. Dans les cas de persistance de la suture métopique, son oblitération se produit après la sagittale et la lambdoïde. — D'une façon générale on peut dire que la synostose des sutures se produit d'arrière en avant et de la partie médiane vers les parties latérales, la soudure est d'autant plus complète que la suture est moins compliquée. — Nous ajouterons que la synostose des sutures présente une grande irrégularité selon les sujets, dans sa marche, l'époque de sa production, etc.

L'oblitération des sutures est plus ou moins complète ; celles-ci peuvent être tout à fait effacées, soudées partiellement sur une étendue dépassant ou n'atteignant pas la moitié. L'effacement débute par la table interne, aussi peut-on trouver sur cette face une suture complètement effacée tandis qu'elle ne l'est qu'incomplètement sur la table externe ; la synostose sénile le produit assez souvent symétriquement, pour les sutures transverses et latérales. — Les *synostoses précoces ou anormales* se remarquent par la netteté de leur localisation, l'ossification de toute l'épaisseur de l'os.

Cet examen terminé, on met la calotte de côté pour être conservée si on le juge nécessaire ; en ce cas on doit l'examiner à nouveau quand elle est sèche, c'est alors que se distinguent nettement à l'œil nu, par leur coloration d'un blanc crayeux, les petites taches d'exostose, ou hyperostose peu prononcée.

Chez l'enfant il y a à noter l'état des *fontanelles,* leur dimension, etc., ces fontanelles normalement au nombre de six à la naissance : fontanelles antérieure (losangique), postérieure (triangulaire), latérales antérieures et postérieures disparaissent les premières les antérieures sont fréquemment ossifiées à la naissance) ; les fontanelles médianes antérieure et postérieure ne s'observent guère que pendant le cours des deux premières années, l'antérieure persiste toutefois dans certains cas beaucoup plus longtemps. — Outre ces fontanelles on peut encore trouver quelques autres fontanelles anormales (Fontanelles naso-frontale, sagittale et cérébelleuse) — On n'omettra pas non plus de porter l'attention, principalement chez les athrepsiques, sur le chevauchement des os de la calotte les uns sur les autres. (*A suivre*).

Congrès médical international de Washington, 1887.

Le Congrès se composera des membres de la profession médicale, et des personnes qui seront spécialement désignées par le Comité Exécutif, qui auront fait inscrire leurs noms sur les registres du Congrès, et qui se seront pourvus de billets d'entrée. Quant aux membres étrangers, les conditions qu'on vient d'indiquer sont les seules qu'il semble à propos de leur imposer à présent. Les membres américains du Congrès seront nommés par l'Association médicale américaine, par les sociétés médicales provinciales et locales qui possèdent une organisation régulière, et par les associations générales qui ont été formées en vue d'investigations spéciales, telles que l'Académie américaine de médecine, l'Association chirurgicale américaine, les Sociétés gynécologique, ophthalmologique, otologique, laryngologique, nevrologique, et dermatologique, et l'Association américaine d'hygiène publique ; société dont chacune aura droit de nommer un délégué pour chaque [illegible] membres. Les membres de tous les Comités spéciaux [illegible] nommés par le Comité général seront, de plein droit, membres du Congrès. Toutes les sociétés ayant droit de se faire représenter sont priées de choisir leurs délégués à leur dernière [illegible] avant l'ouverture du Congrès, et de fournir au [illegible] conforme des délégués ainsi élus.

2. Les travaux du Congrès seront répartis entre dix-neuf sections, savoir : 1. Enseignement, législation et enregistrement médicaux, y compris les méthodes d'enseignement, les édifices, les [illegible], etc., y ayant trait. — 2. Anatomie. — 3° Physiologie. — 4. Pathologie. — 5. Médecine. — 6. Chirurgie — 7. Obstétrique. — 8. Gynécologie. — 9. Ophthalmologie. — 10. Otologie. — 11. Dermatologie et syphilis. — 12. Maladies nerveuses et Psychiatrie. — 13. Laryngologie. — 14 Hygiène publique et [illegible]. — 15. Investigation collective. Nomenclature et [illegible]. — 16 Chirurgie et médecine militaires et navales. — 17. Thérapeutique pratique et expérimentale. — 18. Maladies des enfants. — 19. Chirurgie de la bouche et l'art dentaire.

3. Les réunions générales seront réservées pour l'expédition des affaires générales du Congrès, ainsi que pour la prononciation des discours et la présentation des communications possédant un intérêt scientifique d'un caractère plus général que celles présentées au sein des différentes sections.

4. Les questions qu'on sera convenu, au sein de chaque section, de soumettre à la discussion devront être proposées par des membres désignés par le Bureau de cette section. Les membres qui ouvriront les discussions devront présenter, en avance, un exposé des conclusions qu'ils désireront faire servir de base aux débats. Les membres du Congrès qui se proposeront de donner lecture de leurs dissertations devant une section quelconque devront en donner avis au secrétaire de cette section, en lui envoyant un résumé des dites dissertations avant le 30 avril 1887. Ces résumés seront regardés comme confidentiels, et ne seront publiés qu'après la réunion du Congrès. On recevra des dissertations sur les questions non comprises dans la liste de celles proposées par les Bureaux des différentes sections. Après le 30 avril, tout membre qui désirera traiter un sujet ne figurant pas sur le programme, devra donner avis de son désir au Secrétaire général vingt-et-un jours au moins avant l'ouverture du Congrès. Le Bureau de chaque section décidera sur l'acceptation ou le rejet de toute communication offerte à sa section, et fixera la date de sa présentation. Les communications qui auront déjà été publiées, ou lues devant une société, ne seront point reçues.

6 Tout discours (ou dissertation) qui aura été lu, soit dans une réunion générale, soit au sein d'une section, devra être remis sans retard aux secrétaires. Le Comité exécutif, après que le Congrès aura fini ses travaux, procédera à la publication des procès-verbaux des séances, et aura plein pouvoir de décider quelles communications seront publiées, et si la publication doit avoir lieu en entier ou en partie.

7. Les langues officielles seront l'anglaise, la française et l'allemande. Personne ne pourra avoir la parole dans les Sections, pendant plus de dix minutes, excepté les membres qui liront les dissertations et ceux qui seront chargés d'ouvrir les débats, qui pourront l'avoir pendant vingt minutes,

8. Les règles, les programmes, et les résumés des dissertations seront publiés en anglais, en français et en allemand. Toute dissertation ou allocution paraîtra dans les procès-verbaux des séances dans la langue dans laquelle elle aura été prononcée par son auteur. Les débats seront imprimés en anglais.

9. Le Bureau du Comité général d'organisation se compose d'un Président, et d'un nombre de Vice-Présidents à fixer ci-après, d'un Secrétaire général, et d'un Trésorier, et les personnes choisies comme telles seront nommées par le Comité général pour remplir les mêmes fonctions au sein du Congrès. Toute place au Bureau qui deviendra vacante sera remplie au moyen d'une élection. Des Présidents honoraires du Congrès, et des diverses sections, pourraient être nommés à l'assemblée du Congrès.

10. Le Comité exécutif sera composé du Président, du Secrétaire général et du Trésorier du Comité général, du Président du Comité des finances, et de quatre autres personnes qui seront nommées par le Comité général. Le Comité exécutif aura pour fonctions d'exécuter les ordres du Comité général, d'autoriser les dépenses nécessaires, et de représenter le Comité général lorsque ce dernier ne sera pas en séance ; il sera cependant tenu de rendre compte de ce qu'il aura fait au Comité général à sa prochaine réunion.

11. Le Comité permanent des finances sera composé de plusieurs membres, dont le nombre sera fixé par le Comité exécutif. Ces membres seront nommés par le Président, sauf l'approbation du Comité exécutif Le Président du Comité des finances sera, *ex officio,* un des Vice-Présidents du Congrès, et un membre aussi du Comité général et du Comité exécutif. Le Trésorier sera, *ex officio,* un membre du Comité des finances.

12, Les personnes qui seront choisies comme Présidents des diverses sections seront constituées, en vertu de ce choix, membres du Comité général.

13. Le Comité d'organisation de chaque section se composera d'un Président, du nombre de Vice-Présidents qu'on jugera convenable, d'un ou de plusieurs Secrétaires, et de membres formant un Conseil.

Actes de la Faculté de Médecine.

Lundi 22. — 1er *de Doctorat* (A. R.), oral : MM. Fournier, Farabeuf, Remy. — 2e *de Doctorat* (N. R., 1re partie), oral. 1re *Série* : MM. Verneuil, Lannelongue, Reynier ; — 2e *Série* : MM. Trélat, Vulpian, Segond. — 3e *de Doctorat* (N. R., 1re partie), oral : MM. Guyon, Tarnier, Reclus. — 3e *de Doctorat* (N. R., 2e partie) : MM. Charcot, Damaschino, Straus. — 3e *de Doctorat* (A. R.). 1re *Série* : MM. Gautier, Lutz, Guebhard ; — 2e *Série* :

MM. Baillon, Gariel, Hanriot ; — 3e *Série* : MM. Desplats, Bourgoin, Blanchard. — 4e *de Doctorat* : MM. Potain, Hayem, Rendu.

MARDI 23. — 1er *de Doctorat* (A. R.), oral : MM. Sappey, Ball, Bouilly. — 2e *de Doctorat* (N. R., 1re partie), oral. 1re *Série* : MM. Robin, Farabeuf, Humbert; — 2e *Série*: MM. Bouchard, Cornil, Richelot — 2e *de Doctorat* (A. R.), oral : MM. Duplay, Landouzy, Hallopeau ; — 1re *Série* : MM. Brouardel, Peter, Troisier ; — 2e *Série* : MM. Hardy, Grancher, Hutinel. — 5e *de Doctorat* (A. R.) (Charité). 1re *Série* : MM. Pajot, Jaccoud, Campenon; — 2e *Série* : MM. Panas, Laboulbène, Charpentier ; — 3e *Série* : MM. G. Sée, Le Fort, Peyrot.

MERCREDI 24. — Médec. opér. (Epreuve pratique) : MM. Trélat, Farabeuf, Reclus. — 2e *de Doctorat* (N. R., 2e partie) : MM. Béclard, Hayem, Ch. Richet — 2e *de Doctorat* (A. R.) oral: MM. Lannelongue, Damaschino, Straus. — 3e *de Doctorat* (A. R.). 1re *Série*: MM. Regnauld, Bourgoin, Blanchard; — 2e *Série* : MM. Gariel, Desplats, Hanriot. — 5e *de Doctorat* (N. R., 1re partie) (Hotel-Dieu) : MM. Verneuil, Guyon, Ribemont-Dessaignes. — 5e *de Doctorat* (N. R., 2e partie) (Hôtel-Dieu) : MM. Charcot, Potain, Joffroy. — 5e *de Doctorat* (A. R.) (Hôtel-Dieu) : MM. Fournier, Tarnier, Terrillon.

JEUDI 25. — Méd. opér. (Epreuve pratique) : MM. Le Fort, Duplay, Richelot. — 2e *de Doctorat* (N. R., 1re partie), oral, 1re *Série*: MM. Robin, Bouchard, Humbert ; — 2e *Série* : MM. Sappey, Grancher, Campenon. — 3e *de Doctorat* (N. R., 1re partie), oral : MM. Pajot, Richet, Peyrot. — 4e *de Doctorat*. 1re *Série* : MM. G. Sée, Landouzy, Raymond; — 2e *Série* : MM. Hardy, Brouardel, Hanot; — 3e *Série* : MM. Ball, Cornil, Quinquaud; — 4e *Série* : MM. Jaccoud, Laboulbène, Debove.

VENDREDI 26. — Dissect. (Epreuve pratique) : MM. Béclard, Lannelongue, Segond. — 1er *de Doctorat* (A. R.), oral : MM. Vulpian, Charcot, Remy. — 2e *de Doctorat* (N. R., 1re partie), oral : MM. Hayem, Farabeuf, Reynier. — 3e *de Doctorat* (A. R.) : MM. Regnauld, Bourgoin, Blanchard. — 3e *de Doctorat* (A. R.) : MM. Gautier, Desplats, Pouchet. — 5e *de Doctorat* (N. R., 1re partie) (Charité) : MM. Trélat, Tarnier, Terrillon. — 5e *de Doctorat* (A. R) (Charité). 1re *Série* : MM. Potain, Guyon, Ribemont Dessaignes; — 2e *Série* : MM. Verneuil, Dasmaschino, Pinard.

SAMEDI 27. — 2e *de Doctorat* (N. R., 1re partie) oral : MM. Robin, Duplay, Campenon. — 1er *de Doctorat* (A. R.), oral : MM. Sappey, Farabeuf, Bouilly. — 2e *de Doctorat* (A. R), oral : MM. Le Fort, Jaccoup, Hallopeau. — 4e *de Doctorat*: MM. Brouardel, Landouzy, Hanot. — 5e *de Doctorat* (N. R, 2e partie) (Hotel-Dieu). 1re *Série* : MM Cornil, Grancher, Raymond; — 2e *Série*: MM. G. Sée, Ball, Hutinel. — 5e *de Doctorat* (N. R) (Hôtel-Dieu) : MM. Pajot, Bouchard, Richelot.

Thèses soutenues à la Faculté de Médecine.

Jeudi 25. — M. Fauchart Réflexion sur quatre cas d'ophthalmie sympathique. — M. Uréchia. Quelques considérations sur la dothienentérie. — M. Couly. Des oblitérations artérielles consécutives aux anévrysmes de l'aorte. — *Samedi* 27. — M. Zychon. De la goutte oculaire. — M. Alix. De la périnéorrhaphie immédiate. — M. Le Conte. Considérations médicales sur les forges nationales de la Chaussade. — M Hulin. Contribution à l'étude des complications osseuses de la fièvre typhoïde, suivie de quelques notes de physiologie expérimentale — M. Revol. Des hygromas suppurés de la bourse prerotulienne.

FORMULES

15. Kairine.

Dérivée de la *quinoléine* et découverte en 1882 par M. Fischer. On comprend sous ce nom le chlorhydrate de l'hydrure d'oxyéthyle-quinoléine.

Le chlorhydrate de kairine se présente sous la forme d'une poudre cristallisée d'un blanc jaunâtre. Très soluble dans l'eau et l'alcool, peu soluble dans la glycérine ; insoluble dans l'éther. Sa saveur est salée et amère.

Principaux effets physiologiques. — Antiputride ; ralentissement du pouls, diminution de la pression artérielle (1) et de la respiration, diminution de la température avec dilatation vaso-motrice. Diminution de la sensibilité générale et de la motilité en rapport avec les doses du médicament ; convulsions, contractures, contraction pupillaire (seulement à doses massives). — Sueurs profuses lors de l'abaissement, puis frissons lors de l'élévation de la température, cyanose, hématurie, abaissement de la quantité d'urée. Diminution de la capacité respiratoire du sang (O et (O²) Picot, Brouardel, Loye, Conscience), réduction de l'hémoglobine en méthémoglobine (Morohöwertz (de Moscou), Galoubof). Elimination par les reins, urines vert noirâtres.

La kairine employée dans un grand nombre d'affections par de nombreux auteurs (Filehne, Guttmann, etc.) n'a guère été administrée qu'intérieurement. — M. Queirolo (*Italia medica*, 1884), a fait toutefois usage de la kairine est injections sous-cutanées à la dose de 10 à 50 centigr. pour 1 gramme d'eau. Ces injections ne produisaient ni accidents locaux ni accidents généraux. Selon cet auteur la kairine ne serait, à la température ordinaire, soluble que dans la proportion de 10 centigr. pour 1 gramme d'eau. On put obtenir des solutions plus fortes en élevant graduellement la température et la solution ; on obtient ainsi des solutions de 10 centigr. pour 1 gramme d'eau qui se maintiennent limpides à la température de 35°. Les injections doivent être pratiquées profondément. Employée surtout comme antithermique la kairine a été administrée par un grand nombre d'auteurs dans les affections les plus diverses. Mais les inconvénients sueurs, frissons, etc.) qui résultent de son administration, et son action peu durable sur la température lui ont fait préférer l'antipyrine. Son emploi serait contre-indiqué dans les affections pulmonaires et cardiaques, dans l'anémie; etc., c'est-à-dire dans les maladies où le champ de l'hématose est diminué, ou encore lorsque l'hémoglobine est atteinte dans sa constitution (Picot, Conscience),

(1) Beaucoup de ses propriétés physiologiques sont encore discutées et paraissent contradictoires selon les auteurs ; nous nous sommes basés principalement sur les derniers travaux.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 7 juin au samedi 13 juin 1885, les naissances ont été au nombre de 1170, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 435; illégitimes, 170. Total, 505. — *Sexe féminin* : légitimes, 391 ; illégitimes, 165. Total, 556

MORTALITÉ A PARIS.— Population d'après le recensement de 1881; 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 7 juin au samedi 13 juin 1885, les décès ont été au nombre de 995, savoir : 529 hommes et 466 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 3 F. 7. T. 10. Variole : M. 1 F. 1, T. 2. — Rougeole M. 15 F. 25. T. 40 — Scarlatine : M. . F. 1 T. 1. — Coqueluche : M 3, F. 4 T. 7. — Diphthérie, Croup. M 9 F. 9. T. 18 — Dyssenterie : M .. F. ., T. .. — Erysipèle : M. 3, F. 4, T. 7. — Infections puerpérales : 2 — Autres affections épidémiques : M. ., F. ., T .. — Méningite tuberculeuse et aiguë: M. 21 F. 24. T. 45. — Phthisie pulmonaire : M. 113, F. 67 T. 180. Autres tuberculoses : M. 18, F. 15. T 33. — Autres affections générales : M. 22, F. 39 T. 61 — Malformations et débilité des âges extrêmes : M. 22, F 27, T. 49 — Bronchite aiguë : M. 8 F. 4 T. 12. — Pneumonie : M. 37, F. 25, T 62. — Athrepsie M. 50, F. 39 T 89. — Autres maladies des divers appareils : M. 172 F. 160, T. 332. — Après traumatisme : M. ., F. ., T. .. — Morts violentes : M. 29, F. 10. T. 39. — Causes non classées M 3, F. 3, T 6.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 90 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 34 ; illégitimes, 19 Total : 53. — *Sexe féminin* : légitimes, 29 ; illégitimes, 8. Total : 37.

FACULTÉ DE MÉDECINE. — *Cours d'hygiène. Visites.* — Jeudi 18 juin 4 heures 1/2, 79, rue Jeanne-d'Arc, visite des *logements insalubres;* samedi 20 juin, 9 heures du matin : visite à Saint-Ouen, 7 rue Kléber, de la fabrique Dumagnon, de *conserves alimentaires;* jeudi 25 juin 4 heures 1/2, caserne républicaine, rue Schomberg, *travaux d'assainissement par « le tout à l'égout »*.

CONCOURS DU BUREAU CENTRAL (*Médecine*). — Le 1er concours s'est terminé par la nomination de MM. RENAUT, BARIÉ, et BROCQ : Le jury du 2e concours se compose de MM. Potain, Mauriac, Cornil, Reymond, Gingeot, Moissenet et Lannelongue. — Les candidats sont au nombre de 46 : ce sont MM. Barthélemy, Beclère, Beringier, Bourcy, Bruchet, Capitan, Chantemesse, Chouppe, Comby, Decaisne, De Gennes, Delpeuch, Dreyfous, Duplaix, Faucher, Galliard, Gauchas, Gaucher, Giraudeau, Havage, Hirtz (Edg.), Hirtz (Hipp.), Jean, Josias, Juhel-Renoy, Ledoux-Lebard, Leduc, Legendre, Leroux (Ch.), Leroux (M H.), Liandier, Lorey, Lucas-Championnière, Marie, Martin, Martinet, Mathieu, Netter, Petit, Richardière, Robert, Robin, Siredey, Stackler, Thibierge et Variot.

FACULTE DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — Par arrêté ministériel en date du 11 juin courant, la chaire d'opérations et appareils est déclarée vacante

ECOLE DE MÉDECINE DE CAEN. — Par arrêté ministériel en date du 13 juin courant, l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Caen est autorisée à jouir des droits conférés aux écoles préparatoires réorganisées par l'art. 13 du décret du 1er août 1883. Le présent arrêté aura son effet à dater du 1er novembre 1885.

— M. FAYEL, professeur d'anatomie à l'Ecole de médecine de Caen, est transferé, sur sa demande, dans la chaire de physiologie

vacante à ladite école, par suite du décès de M. Wiart. — M. GIDON, chef des travaux anatomiques à la même école, y est nommé professeur d'anatomie en remplacement de M. Fayel.

ECOLE DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — Le concours pour une place de professeur suppléant de pathologie et de clinique chirurgicales à l'école de médecine d'Alger, s'est terminé par la nomination de M. le Dr MERZ à l'unanimité.

SOCIÉTÉ D'ENCOURAGEMENT AU BIEN. — Des médailles d'honneur ont été décernées à MM. les Drs Guibout et Morin (de Paris); Casabianca (de Paggio); Lagrange (de Limoges); Noskowski (de Marseille); Thuillier (de Cercamp-les-Trévent); Bernardo (de Londres).

ECOLE DE MÉDECINE DE POITIERS. — M. DE LAGARDE, chargé des cours, est nommé professeur d'hygiène et de thérapeutique.

ASSISTANCE PUBLIQUE. — Sont nommés médecins des bureaux de bienfaisance, MM. les Drs MALLET (Charles), MACQRET (Anatole-Ernest), MUGNIER (Lucien-Louis), DUPRÉ (Arthur-Hippolyte).

— M. MICHELIN, conseiller municipal, est nommé membre du Conseil de surveillance de l'administration générale de l'Assistance publique de Paris, en remplacement de M. le Dr Georges MARTIN, qui a cessé de faire partie du Conseil municipal.

— M. BRESSON a été nommé après concours, interne en médecine à l'hôpital de Berck-sur-mer

— M. Frédéric BORDAR, naturaliste, est chargé d'une mission zoologique aux iles Mascareignes, Geyclolbert et Comores.

MÉDECIN SÉNATEUR. — M. le Dr SEBIRE vient d'être élu sénadu département de la Manche.

SOCIÉTÉ D'ACCLIMATATION DE FRANCE. — Cette Société a tenu sa séance publique annuelle le 11 juin dernier. Parmi les lauréats nous citerons MM. les Drs A. JOUSSE et E. SAUVAGE, ancien aide-naturaliste au Muséum.

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE. — Ont été promus au grade de médecin principal : MM. ROCHEFORT et REYNAUD.

STATUE DE PINEL. — L'inauguration de la statue de Pinel, élevée sur la place de la Salpêtrière, aura lieu le lundi 12 juillet prochain, sous la présidence de M. le Dr Dagonet.

LE CHOLÉRA EN ESPAGNE. — Le choléra continue à faire de nombreuses victimes en Espagne; l'épidémie d'abord localisée à la province de *Valence*, s'est étendue à celle de *Castellon*, de *Grenade*, de *Murcie*. Enfin les journaux signalent plusieurs cas à Madrid. Dans la journée du 16 juin il aurait été constaté 9 cas (4 décès) à Madrid, 161 cas (95 décès), dans la province de Valence. 58 cas (26 décès), dans la province de Murcie 269 cas (115 décès). On signale en outre quelques cas de choléra à Viana (Portugal). près de la frontière d'Espagne.

L'EXPOSITION DU TRAVAIL. — Nous rappelons à nos lecteurs que c'est en juillet prochain que doit avoir lieu, au Palais de l'Industrie, l'Exposition du Travail. La *section d'hygiène*, comprenant tous les produits pharmaceutiques, hygiéniques et chimiques, les Eaux minérales, y aura certainement une extension peu commune. Le Comité de patronage composé d'hommes connus et savants éminents dont M. Paul Bert, député, membre de l'Institut, a bien voulu accepter la présidence, a été une garantie pour les grandes maisons qui ont répondu à l'appel du Comité.
La répartition des places est commencée et sera clôturée irrévocablement le 25 juin. Nous ne saurions trop engager les retardataires ou les indécis à se hater d'adresser leurs demandes d'admission à M. Louis Bourne, directeur du journal *Le Travail*, à qui ont été confiées les importantes fonctions de commissaire chargé de l'organisation de la section d'hygiène. Les plans de cette section sont à la disposition du public, dans les bureaux du *Travail*, rue de Provence, 2, Paris.

MISSIONS SCIENTIFIQUES. — M. CLERMONT-GANNEAU, correspondant de l'Institut, directeur-adjoint à l'Ecole pratique des hautes études, est chargé d'une mission épigraphique dans les iles de la mer Rouge, situées à l'entrée du golfe d'Akeba. M. JACQUES DE MORGAN, ingénieur civil des Mines, est chargé d'une mission géologique et minéralogique dans les Etats libres d'Orange, le Transwaal, le Zululand et Natal. — M. POLET, lieutenant au 11e hussards, est chargé d'une mission scientifique à l'effet d'explorer la route du Sénégal à l'Algérie, par Médine, Tombouctou, Mabrouk, le Touat et le Goarara.

MISSION SCIENTIFIQUE EN ESPAGNE. — Le ministre du commerce a décidé d'envoyer une mission en Espagne pour étudier sur place la vaccination du choléra suivant le procédé du sieur Ferran. Cette commission est composée : de MM. Brouardel, Roux, chef du laboratoire de M. Pasteur, Albarran, interne des hôpitaux de Paris. La mission partira très prochainement. — Rappelons à ce propos que notre ami le Dr G. Robinet avait proposé au Conseil municipal d'envoyer une mission en Espagne dans le même but. Cette proposition a été rejetée. Nos amis de l'autonomie communale avaient là une belle occasion d'appliquer les idées qui nous sont communes.

EXCURSION GÉOLOGIQUE. — M. Stanislas MEUNIER, aide-naturaliste au Museum d'histoire naturelle fera une excursion géologique publique le dimanche 21 juin 1885 à Argenteuil, Sannois et Beauchamp. Pour prendre part à cette excursion il suffit de se trouver au rendez-vous, gare du Nord où l'on prendra à 8 heures moins 10 minutes le train pour Argenteuil. Pour profiter de la réduction de 50 p. 0/0 accordée par le chemin de fer, il est indispensable de verser le montant de la demi-place au Laboratoire de géologie (galerie de géologie), avant samedi soir à 4 heures.

NÉCROLOGIE. — MM. les Drs Ach. THOURET (d'Airaines); — GABORIT (de Pisany), mort à 76 ans. — Le Dr Célio VÉLASCO (de Nice), mort à l'âge de 36 ans; — John THORBURN, professeur d'obstétrique à l'université Victoria, et accoucheur de l'infirmerie royale de Manchester, décédé le 26 mai. Nous avons également le regret d'apprendre la mort de M. le Dr Louis-Etienne DEFRANCE (d'Angers). — Nous apprenons la mort du Dr Pascal PIÉDALLU, conseiller général du canton d'Ouzouer-le-Marché (Loir-et-Cher). C'était un excellent républicain; il fut déporté après le coup d'Etat de 1851.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie A. COCCOZ, 11, rue de l'Ancienne-Comédie.

GRYNFELT (J.). — Notes et mémoires de chirurgie clinique. — In-8 de 407 pages, avec 3 planches hors texte. — Prix : 7 fr.

Librairie O. BERTHIER, 104, boulevard Saint-Germain

CHARRIN. — Une septicémie expérimentale. — Brochure in-8 de 55 pages.

Librairie G. CARRÉ, 112, boul. Saint-Germain.

MONIN (E.). — Un nouveau chapitre de séméiologie. — Essai sur les odeurs du corps humain dans l'état de santé et dans l'état de maladie. — Brochure in-18 de 128 pages. — Prix : 2 fr.

Librairie STEINHEIL, 2, rue Casimir-Delavigne.

PENNEL (P.). — Traitement de l'ankylose angulaire du genou par l'ostéotomie linéaire du fémur. Etude de pathologie infantile. — Brochure in-8 de 92 pages.
LUSK (W.-E.). — Science et art des accouchements. Traduit par Doléris et précédé d'une préface par le professeur Pajot. — Volume in-8 de 824 pages, avec 250 figures. — Prix : 16 fr.

Librairie G. MASSON 120, boulevard S.-Germain.

HAYEM (G.). — Traitement du choléra — Volume in-18 cartonné de 168 pages.
CLÉMENT (E.). — Cardiopathie de la ménopause. — Brochure in-8 de 26 pages.

Chronique des hôpitaux.

Hôpital Tenon. — *Médecins* : MM. MOUTARD-MARTIN, visite à 9 heures; pas de consultation; DANLOS; visite à 9 heures; pas de consultation; TROISIER, visite à 9 heures: consultation le mercredi; GAILLARD-LACOMBE, visite à 9 heures: consultation le vendredi; DREYFUS-BRISSAC, visite à 9 heures; consultation le samedi; HANOT, visite à 9 heures; consultation le jeudi; LANDOUZY, visite à 9 heures; consultations le mardi; STRAUSS, visite à 9 heures, consultation le lundi. — *Chirurgiens* : MM. GILLETTE, visite à 9 heures, consultation : mardi, jeudi, samedi. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, visite à 9 heures; consultations, les lundi, mercredi, vendredi. — *Accoucheur* : M. MAYGRIER, consultations lundi et jeudi.

13e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. I. No 26 BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 27 JUIN 1885.

Le Progrès Médical

CLINIQUE MÉDICALE

Du diabète glycosurique chez les vieillards;

par le Dr LANDRIEUX, médecin des hôpitaux et H. ISCOVESCO, interne provisoire.

Les remarquables travaux faits dans ces dernières années sur la nutrition, ont fait entrer l'histoire du diabète dans une phase nouvelle. Si, pendant nombre d'années, les tendances localisatrices de Claude Bernard et l'immense autorité de son génie ont rivé l'histoire de la pathogénie du diabète à celle du foie, la réaction ne tarda pas à arriver et peut-être même dépassa la vérité. Les affinités du diabète furent nettement montrées, sa famille pathologique fut trouvée. Et en même temps que son cadre s'élargissait, son indépendance pathologique disparaissait. Le diabète n'était plus une entité morbide ne relevant que d'elle-même, ce n'était plus qu'un des termes d'une longue série de troubles, une des terminaisons ou plutôt un des aboutissants d'un état constitutionnel, d'une diathèse.

Mais à mesure que les travaux s'accumulaient, à mesure que de nouveaux faits étaient signalés, le sens primitif attaché au mot *diabète glycosurique* disparaissait à tel point qu'à un certain moment on fut obligé de s'arrêter pour regarder en arrière et pour se demander ce qu'on devait désigner sous le nom de *diabète sucré*? où il commençait et où la glycosurie simple finissait? Ici les choses commencèrent à s'embrouiller : tel fait était de la glycosurie simple, tel autre du diabète sucré, un troisième du diabète sucré intermittent et quelques auteurs admirent même un diabète sucré sans glycosurie. Et toute cette classification était basée uniquement sur la constatation de la présence transitoire ou permanente du sucre dans les urines. On avait créé deux mots : glycosurie et diabète glycosurique, et on voulait à tout prix trouver pour chacun de ces mots une individualité clinique. Ce desideratum paraissait être enfin satisfait lorsqu'on eut dit : « Le diabète est constitué par l'association de la glycosurie à la polyurie, à la polydipsie, à la polyphagie et à l'autophagie. Une glycosurie, même persistante, ne suffit pas pour constituer le diabète, si les autres quatre signes ne viennent s'adjoindre à la glycosurie. Et la question semblait enfin définitivement close par la célèbre phrase du professeur Jaccoud : « Les physiologistes ont fait des glycosuriques, ils n'ont jamais fait des diabétiques », phrase rejetée bientôt après par presque tous les auteurs classiques et qui semble tellement correspondre à la vérité, qu'elle n'est plus discutée du tout.

C'est parce que nous croyons que les faits observés par nous à Sainte-Périne pouvaient inspirer un doute salutaire sur la valeur de l'axiome pathologique cité plus haut que nous nous sommes décidés à les publier.

Il y a déjà longtemps qu'on a décrit, sous le nom de *diabète intermittent*, une forme de diabète glycosurique caractérisé par la présence intermittente du sucre dans l'urine. Ces cas ont été observés chez les goutteux. Nous n'avons pas à rechercher pour le moment si les faits qu'on a signalés rentraient réellement dans la définition actuelle du diabète, telle que nous l'avons citée plus haut ; nous voulons simplement retenir ce fait que la glycosurie a été déjà constatée d'une façon intermittente dans certains cas et qu'à ce titre, mais à ce titre seul, nos faits ne sont pas absolument nouveaux. Ceci dit, voici nos observations :

Observation I. — Mlle D..., 68 ans. Apparences de bonne santé. Obésité assez prononcée. Père rhumatisant, puis goutteux, mort des suites d'un rétrécissement mitral à 62 ans. La mère, rhumatisante, avait présenté, dans les derniers temps de sa vie, de la polyurie, de la polyphagie et de la polydypsie. Elle avait considérablement maigri et avait présenté, peu de temps avant sa mort, des éruptions furonculeuses successives. Grand-père maternel mort à 75 ans, des suites de nombreuses hémorrhagies hémorrhoïdales.

Frère aîné mort d'un cancer du larynx. Frère cadet a des attaques de goutte assez fréquentes, il a subi l'opération de la taille. Il souffre de fréquentes conjonctivites. Un autre frère est mort aliéné. Un quatrième frère est très bien portant.

Dès l'âge de 7 ans, Mlle D... a eu des palpitations. Jusqu'à 18 ans, on lui ordonne assez souvent de la digitale. A 22 ans, palpitations, étouffements, douleurs précordiales, syncopes. Son médecin lui ordonna des sangsues qui firent empirer son état; ensuite de la bellodone qui lui rendit de grands services. Jusqu'à 40 ans, la santé ne fut pas trop mauvaise. A ce moment, retour d'âge. Elle commence alors à ressentir de temps en temps des douleurs rhumatoïdes coïncidant avec les temps humides. A l'âge de 58 ans, violente *sciatique droite* qui guérit après trois mois. A ce moment, elle remarqua que ses urines étaient très chargées et laissaient un dépôt rouge brique au fond du vase.

Il y a deux ans, elle transpirait beaucoup.

Etat actuel (16 août 1883). — La malade a de l'embonpoint. Elle se plaint surtout d'une céphalalgie très vive et d'une gingivite tenace qu'elle a depuis un mois. A l'*auscultation* du cœur, nous constatons un souffle au premier temps à la base (aortique). La malade boit beaucoup. Elle a toujours la bouche sèche. Son appétit est augmenté, mais depuis peu de temps. La peau est sèche. L'analyse de l'urine donne les résultats suivants : Q = 3 litres et 200 ctm. cubes. Fermente très facilement. R. = alcaline. Il n'y a pas d'albumine rétractile. Urée, 9,22 par litre. Sucre, 33 gr. par litre. On met la malade au régime exclusivement azoté. On ordonne du bromure de potassium (3 gr. par jour) de la solution de bicarbonate de soude de l'arsenic, et un litre de lait par jour.

20 *août*. — Il y a un peu de bronchite, ainsi qu'une conjonctivite double ; le tout sans aucune réaction. Malade présente diarrhée alternant avec constipation. Soif assez vive. Appétit légèrement exagéré. Sucre, 29 gr. par litre. A partir de ce moment, l'état de la malade s'améliore progressivement.

11 *octobre*. — Pas de sucre dans l'urine. La soif, ainsi que l'appétit, sont considérablement diminués. La conjonctivite et la gingivite persistent malgré le traitement local institué contre ces deux complications ; à part cela, la malade se trouve absolument bien portante. Rien n'est changé au traitement. Dans tout le courant du mois d'octobre, nous avons analysé les urines de la malade, deux fois par semaine, sans rencontrer de sucre. Deux fois, elles présentaient des *pigments biliaires*, et dans les derniers quinze jours un peu d'albumine non rétractile. Le régime suivi par la malade est tout aussi rigoureux qu'avant.

La malade, qui était fort intelligente et à qui nous avions appris l'existence transitoire du sucre dans ses urines, se plaint, le 19 *octobre*, du retour de la soif, de l'augmentation de la quantité d'urine qui, de la quantité moyenne de 2 litres

était rapidement montée à 3 litres et demi. Nous constatons en ce moment une aggravation dans l'état des conjonctives et des gencives. L'analyse des urines fait constater : Q. = 3,500. R. = légèrement alcaline. Urée, 8 gr., 11 par litre. Pas d'albumine rétractile. Quantité assez notable d'albumine non rétractile. Sucre, 19 gr. par litre. Il y a un peu de pigments biliaires. Ainsi que nous l'avons dit plus haut, rien n'avait été changé dans le traitement institué dès le début. Cette aggravation dura dix jours, après lesquels la malade revient à son état primitif. Seul, l'état des conjonctives et des gencives reste le même, sans aucune amélioration.

Le 21 décembre, la malade présenta de nouveau un paroxysme qui dura quatre jours pour disparaître ainsi que les précédents.

Disons aussi que la malade nous affirma à plusieurs reprises qu'elle savait que le sucre allait reparaître dans les urines, d'après ses douleurs rhumatoïdes, un état de malaise général et l'aggravation de sa gingivite et de sa conjonctivite. Ces phénomènes précédaient de deux ou trois jours la glycosurie, la polydypsie, la polyurie, ainsi que la polyphagie légère; le tout constituant ce que la malade appelait sa crise.

Au moment où nous avons quitté Sainte-Périne (31 décembre) l'état de la malade était assez satisfaisant. L'urine ne contenait aucune trace de sucre.

Observation II. — Mme L..., 72 ans. Pas de rhumatisme. Pas de goutte. La malade a perdu presque complètement la mémoire. Il nous est impossible d'obtenir des renseignements sur la santé de sa famille et sur ses antécédents personnels.

Mme L... se plaint d'une fatigue excessive. Pas de soif excessive ; pas de polyphagie. Sécheresse de la peau.

10 *septembre*. — L'analyse des urines donne : Q. = 2 litres 300 ctm. cubes. R. = acide. D. = 1,029. Un peu d'albumine rétractile. Quantité assez notable d'albumine non rétractile. Sucre, 20 gr., 83 centigr. par litre. Urée, 12 gr., 16 centigr. par litre.

11 *septembre*. — Sucre, 14 gr. par litre.

12 *septembre*. — Sucre, 28 gr. par litre.

13 *septembre*. — Sucre, 9 gr. par litre.

16 *septembre*. — Sucre, 17 gr. par litre.

19 *septembre*. — Traces de sucre. — Pendant toute cette période, la quantité d'urine ne varia presque pas et se maintint au chiffre moyen de 2 litres et 150 gr. par jour.

La malade ne fut soumise à aucun traitement. A partir du 19 septembre, l'urine fut analysée tous les deux jours : Pas de sucre jusqu'au 2 octobre. D. = 1,020. R. très acide. Q. = 2 litres. Sucre : traces indosables. Urée, 9 gr., 95. Jusqu'au 27 novembre, pas de traces de sucre. En ce moment, la malade, qui nous apportait son urine deux fois par semaine, nous dit que. depuis deux ou trois jours, elle boit beaucoup et qu'elle se sent plus d'appétit que d'habitude.

23 *novembre*. — Urine claire. Q. = 2 litres (environ). R. acide. Urée, 11 gr., 25 par litre. Pas d'albumine rétractile. Un peu d'albumine non rétractile Sucre, 23 gr. par litre. Il y a des traces de pigments biliaires.

1er *décembre*. — Sécheresse de la bouche, soif vive, augmentation de l'appétit. Sucre, 14 gr. par litre. Urée, 10 gr. par litre. Q. = 2 litres, 680.

Le 10 *décembre*, il n'y a plus de sucre. La malade se trouve tout à fait bien. L'appétit, ainsi que la soif, ont diminué. Jusqu'à notre départ, nous ne constatons plus de sucre dans l'urine. Elle n'a été soumise à aucun traitement.

Observation III. — Mlle D..., 72 ans, rhumatisante. La malade nous dit que, depuis quelques mois, elle mange beaucoup, urine beaucoup (obligée de se lever plusieurs fois dans la nuit), mais tout cela d'une façon intermittente. En outre, la malade boit beaucoup. Elle n'a pas maigri ; elle aurait même un peu engraissé depuis quelque temps. Les digestions se font bien. La malade a une cataracte double. Les organes thoraciques et abdominaux sont sains. L'analyse des urines donne, au 16 octobre : Q. = 3 litres. R. acide. D. = 1,026. Pas d'albumine rétractile. Un peu d'albumine non rétractile. Urée, 9 gr., 27 par litre. Sucre, 19 gr., 56 par litre. Il y a des pigments biliaires ; on obtient d'une façon très nette la réaction de Gmelin (cependant teinte normale des conjonctives). La malade est mise au régime exclusivement azoté. Bromure de potassium. 3 gr. par jour. Un litre de lait.

20 *octobre*. — Sucre, 31 gr. par litre. Urée, 9 gr., 43. Q. = 2 litres, 900. Il y a des pigments biliaires. Il y a albumine non rétractile. La soif, la polyurie, la sécheresse de la peau persistent malgré le traitement institué.

7 *novembre*. — Sucre, 17 gr., 85 par litre, Q. = 2 litres, 500. Il y a albumine non rétractile. Nous n'avons pas cherché les pigments biliaires.

12 *novembre*. — Le sucre tombe à 9 gr., et disparaît le 19 novembre. Q. = 2 litres. Pas de sucre. Albumine non rétractile en petite quantité. Urée, 11 gr., 89 par litre. En même temps, la malade nous dit que sa soif a beaucoup diminué ; qu'elle se lève beaucoup moins souvent la nuit pour uriner, et que son appétit est diminué Le traitement est maintenu.

7 *décembre*. — Pas de sucre. Un peu d'albumine non rétractile. Urée, 7 gr., 02 par litre.

23 *décembre*. — La soif est revenue, ainsi que l'exagération de l'appétit. La malade se plaint de fatigue et de douleurs de tête. Urine jaune, claire. Q. = 2 litres, 800. R. acide. D. = 1,028. Urée, 9 gr., 23 par litre. Sucre, 13 gr. par litre. Il y a des pigments biliaires. Cet état resta stationnaire jusqu'au moment où nous quittons Sainte-Périne.

Observation IV. — Mme M..., 67 ans. Pas de rhumatisme. Pas de goutte. Ne s'est jamais plainte de rien. Nous avons analysé par hasard ses urines le 15 novembre et y avons trouvé du sucre.

16 *novembre*. — Q. = 2 litres, 550. Sucre, 10 gr. par litre. Pas d'albumine rétractile. Un peu d'albumine non rétractile. Urée, 9 gr., 73 par litre. Nous ne la soumettons à aucun traitement.

26 *novembre*. — Sucre, 1 gr. par litre. Urée, 10 gr. par litre. La malade boit beaucoup, mais ne mange pas plus que d'habitude. Elle ne maigrit pas. Aucun autre trouble, sinon un peu de vertige qu'on peut mettre sur le compte de la sénilité.

6 *décembre*. — Urine recueillie, un litre et demi. Mais la malade n'a pas recueilli tout. R. acide. Urée, 9 gr., 70 par litre. Il y a un peu d'albumine non rétractile. Sucre, 19 gr. par litre. La malade boit beaucoup. Appétit normal. Elle se plaint d'un peu de sécheresse de la gorge.

9 *décembre*. — Sucre, 8 gr. par litre. La malade boit moins. Elle se trouve fort bien portante.

12 *décembre*. — Pas de sucre.

15 *décembre*. — Pas de sucre. Santé excellente. La sécheresse de la gorge a disparu.

25 *décembre*. — Quoique la malade dise qu'elle se porte très bien, nous analysons ses urines et nous trouvons : Sucre, 10 gr. par litre.

La malade n'a pas suivi de traitement.

Observation V. — Mme R..., âgée de 66 ans. Père rhumatisant. Mère très bien portante est morte à la suite d'un accident. La malade est rhumatisante, elle a eu en 1882 de l'érythème noueux. Jusqu'en 1869, elle n'a jamais été malade. A cette époque, catarrhe nasal persistant et qui a augmenté continuellement jusqu'en ce moment où il présente les caractères d'un ozène à sécrétion sanguino-purulente, abondante et très fétide. Il faut ajouter que cette maladie n'a jamais été soignée.

En 1875, chute suivie de fracture de l'extrémité inférieure du radius droit. Consolidation avec déformation très prononcée. En 1880, nouvelle chute et fracture du radius gauche. En 1881, elle entre à Sainte-Périne. Cancer du sein, opération suivie de guérison. En 1882, la malade s'aperçoit qu'elle maigrit, qu'elle se fatigue très facilement et qu'elle a même lorsqu'elle ne bouge pas de chez elle un sentiment de lassitude très prononcé.

16 *octobre* 1884. — La malade nous dit qu'elle a beaucoup maigri. Elle a soif continuellement et boit en moyenne quatre litres de boisson par jour. L'appétit est bon; elle ne mange pas plus que d'habitude et digère fort bien. Fatigue très grande après le moindre exercice.

La malade est atteinte d'une bronchite chronique avec expectoration légèrement fétide. Elle a de l'ozène et une gingivite fongueuse.

L'analyse des urines donne : Q. = 2 litres. R. acide.

D. = 1,027. Il y a un peu d'albumine rétractile. Il y a quantité moyenne d'albumine non rétractile. Sucre, 25 gr. par litre. Urée, 11 gr. par litre. Beaucoup d'indican. La malade est mise au régime exclusivement azoté; bromure de potassium et lait.

18 *octobre*. — Urine, 2 litres. Aucune espèce d'albumine. Sucre, 19 gr. par litre. Il y a des pigments biliaires (sans teinte ictérique des conjonctives). Pas de changement dans l'état général de la malade.

2 *novembre*.—Pas de sucre dans l'urine. Même état général.

10 *novembre*. — Urine, 2 litres. Pas d'albumine. Traces indosables de sucre. Urée, 10 gr. par litre. Aucun changement dans l'état de la malade. La bronchite, la gingivite, l'ozène, pour lesquels nous avions institué un traitement spécial, n'avaient subi aucune modification. La malade se plaint toujours de sécheresse du palais et de la bouche, ainsi que d'une fatigue excessive. L'appétit est conservé et les digestions se font bien.

18 *novembre*. — Pas de sucre. Urée, 9 gr., 16 par litre. Pas d'albumine.

20 *novembre*. — Sucre, 12 gr., 50 par litre. Q. = 2 litres environ. Urée, 9 gr., 76 par litre. Pas d'albumine.

25 *novembre*. — Q. = 2 litres. Urée, 10 gr., 81 par litre. Pas d'albumine. Sucre, traces.

Pas de changement dans l'état général.

A partir de ce moment, l'urine, examinée tous les deux jours, est trouvée normale jusqu'au 10 décembre. Urine, 2 litres, 300 gr. Urée, 8 gr., 30 par litre. Sucre, 36 gr. par litre. Un peu d'albumine rétractile. Beaucoup d'albumine non rétractile. Il y a des pigments biliaires en très petite quantité (pas de teinte subictérique des conjonctives).

Nous n'avons pu trouver d'autre cause à cette brusque réapparition du sucre que le changement du temps qui était devenu humide et froid. Cette augmentation dans la quantité de sucre n'était pas accompagnée d'une aggravation des autres signes. Ceux-ci étaient désespérément stationnaires. Aucun changement au traitement suivi par la malade. Le sucre descend le lendemain à 12 gr. par litre, oscille pendant 4 jours entre 12 et 4 grammes, puis disparaît. Malgré la disparition du sucre, l'état général de la malade ne présenta aucun changement jusqu'au 12 janvier, époque à laquelle nous la perdîmes de vue. Le 30 décembre, l'urine de la malade ne contenait pas de sucre.

Nous relevons dans cette observation les points suivants : l'âge de la malade, 66 ans ; disparition du sucre pendant dix-huit jours, du 2 au 20 novembre ; le sucre reparaît en petite quantité le 20 novembre pour disparaître de nouveau jusqu'au 10 décembre. A ce moment, nouvelle glycosurie qui dure cinq jours. Nous avons trouvé quatre fois des pigments biliaires, cinq fois de l'albumine non rétractile, trois fois un peu d'albumine rétractile et deux fois de l'indican.

Observation VI. — Mme B..., 69 ans. Diabète glycosurique. Rien n'y manque. Le tableau clinique est absolument complet. Durant notre séjour à Sainte-Périne, la malade a eu deux accès d'acétonémie. La présence du sucre est constante et varie entre 25 et 60 grammes par litre. La malade urine de 4 à 6 litres par jour.

Remarquons encore que, sur une vingtaine d'analyses de ses urines, nous avons trouvé, dans les trois quarts des cas, de l'albumine non rétractile en quantité variable, et six fois des pigments biliaires.

Avant de montrer les conséquences qui découlent de nos observations, nous croyons qu'il est utile de mettre en relief quelques points importants.

Laissons de côté pour le moment la sixième observation qui est un cas de diabète glycosurique vulgaire, et que nous n'avons placé à côté des autres cas que pour montrer comment, à côté de formes particulières, on pouvait trouver aussi chez les vieillards la forme classique.

Toutes nos malades ont plus de soixante ans. Sur cinq, trois sont des rhumatisantes et pas une n'est goutteuse. Toutes ont présenté de la glycosurie d'une façon intermittente. A côté de cette glycosurie nous avons observé d'autres signes qui pourraient être rattachés à la même cause. Mais nous avons vu que ces signes accessoires n'étaient pas constants et qu'ils n'étaient pas toujours en rapport avec la quantité de sucre éliminée. Nous avons vu, d'une part, une glycosurie notable ne se faisant soupçonner par aucun signe et, d'autre part (obs. I), des troubles persistants et assez prononcés (conjonctivite, gingivite) survivre à la glycosurie. On a pu voir en outre un fait remarquable, c'est la glycosurie accompagnée de polyphagie, de polydypsie et de polyurie, apparaître pendant quelques jours, puis tous ces signes disparaître à la fois pour reparaître quelque temps après encore simultanément.

Si un diabète intermittent existe, le voilà certainement représenté de la façon la plus typique.

Signalons encore dans nos observations ce fait de la présence très fréquente de l'albumine non rétractile dans l'urine. Nous avons trouvé plusieurs fois des pigments biliaires, et il est probable que nous les aurions trouvés beaucoup plus souvent si nous les avions cherchés. Dans aucun de ces cas, il ne s'est manifesté de suffusion ictérique des conjonctives ou de la peau.

Disons encore qu'en dehors des observations que nous publions, nous avons fait à Sainte-Perine plus de 200 analyses d'urine. Malheureusement, nous n'avons pris de notes détaillées que 64 fois. Or, sur ces 64 analyses d'urine provenant de 25 vieillards, nous avons trouvé 43 fois de l'abumine non rétractile et 12 fois des pigments biliaires, avec coloration normale des conjonctives et de la peau.

Maintenant voyons comment il faut interpréter les cas que nous avons exposés. S'agit-il de simple glycosurie chez des vieillards ou bien s'agit-il d'un diabète glycosurique légitime, mais intermittent ?

En somme, jeu de mots. Nous avons déjà signalé, au commencement de ce petit travail, les efforts qu'on a faits pour bien limiter le cadre du diabète et la différenciation tranchée qu'on a essayé de faire entre la glycosurie et le diabète.

On connaissait le diabète avant de connaître la glycosurie, et comme le mot diabète correspondait à une entité clinique très nette, son interprétation ne pouvait prêter au doute.

Avec l'introduction de la notion de la glycosurie et avec la connaissance du fait de l'apparition du sucre dans certains états transitoires de l'organisme ainsi que dans certains états permanents, il est évident qu'on ne pouvait identifier ces choses si différentes : d'une part, une entité clinique, le diabète ; d'autre part, un fait chimico-pathologique, la glycosurie.

Mais ce qu'on s'est plu à oublier ou ce dont on n'a pas voulu tenir compte, c'est que parmi les diabètes il y a un diabète glycosurique, et que pour celui-ci ce qui constituait la différenciation tranchée avec la glycosurie n'était nullement dû à l'essence même des choses, mais à leur durée.

Pour qu'il y ait glycosurie, il faut évidemment, quelle que fût l'hypothèse glycogénique qu'on admette, que la glycose ne soit pas retenue dans l'organisme soit par excès de production, soit par défaut d'assimilation, la production étant la même.

Or, dans le diabète glycosurique, quelle que soit encore la théorie pathogénique primordiale que l'on admette, le processus final est nécessairement le même : la glycose s'échappe parce qu'elle est produite en excès

ou bien parce que, la production étant constante, la consommation en est diminuée.

Dans les deux cas, le processus est le même : seulement dans l'un il est définitif, dans l'autre il est transitoire.

On pourrait donc presque dire que la *glycosurie* est un *diabète glycosurique abortif;* mais on peut certainement dire que la *glycosurie persistante* est le *diabète glycosurique*, qu'il s'y joigne ou qu'il ne s'y joigne pas d'autres signes.

Ce seul fait de glycosurie persistante suffit pour caractériser le diabète glycosurique, car tous les autres signes ne sont que la conséquence des déperditions de l'économie en sucre et en eau, absolument comme le seul fait de l'engouement suffit pour constituer la pneumonie qu'il y ait ou qu'il n'y ait pas d'hépatisation.

On peut dire qu'il n'y a qu'un seul signe accessoire absolument indispensable : c'est la polyurie plus ou moins accentuée. Et quant à ce signe, M. Bouchard a surabondamment prouvé dans ses admirables leçons sur les maladies de la nutrition, que la polyurie est une conséquence physique de la glycosurie, et qu'on peut, d'après la quantité du sucre éliminé, calculer presque mathématiquement la quantité d'urine excrétée, étant donné le coefficient physiologique de dissolution du sucre dans l'organisme.

Ainsi, si nous ne voulons donner le nom de diabète qu'à la réunion des quatre signes, bon nombre de diabétiques ont été simplement glycosuriques pendant longtemps. Mais si nous séparions une seule et même maladie en deux divisions absolument arbitraires, nous ferions une faute tout aussi grave que si nous considérions la *fièvre typhoïde abortive* comme fièvre typhoïde, qu'à partir du moment où il y a perforation intestinale.

Donc pour nous résumer, nous croyons que sur ce point on s'est laissé aller à un détestable jeu de mots, qui ne fait qu'embrouiller les choses. Dans l'état actuel de nos connaissances, nous ne devons voir entre la glycosurie et le diabète qu'une différence de degré et de durée, ainsi du reste que l'avait si bien vu Claude Bernard.

La comparaison qu'on a voulu établir entre l'albuminurie et la glycosurie ne peut résister à un examen sérieux. Il y a albuminurie de cause rénale et albuminurie de cause générale parce qu'il y a un substratum anatomo-pathologique dans les cas d'albuminurie rénale, substratum qui n'existe pas dans les autres cas. On sait du reste que, grâce au progrès de l'anatomie pathologique, les albuminuries de cause générale voient leur champ se rétrécir continuellement en faveur de celles de cause rénale, et le moment n'est peut-être pas éloigné où il n'existera que des albuminuries rénales.

La distinction absolue entre glycosurie et diabète glycosurique ne serait légitime que si on parvenait à découvrir une lésion organique quelconque appartenant au diabète et manquant à la glycosurie.

Ceci dit, nos cas ne seront pas difficiles à interpréter. Nous nous trouvons en présence de *diabètes intermittents*. Parmi ceux-ci il y en a (observation V) qui présentent une glycosurie intermittente avec un état général constant On peut expliquer ces cas par l'hypothèse que l'organisme est pris d'un second accès de diabète avant que l'organisme ne fût remis des troubles provenant du premier accès. Il y a de la sorte des *accès subintrants* de diabète. Dans tous nos autres cas le diabète glycosurique est intermittent franc.

Si nous admettons l'hypothèse pathogénique, brillamment défendue par M. Bouchard, du ralentissement de la nutrition, la présence si fréquente de l'albumine et des pigments biliaires sera facile à comprendre. Il y a diminution dans l'assimilation des albuminoïdes, d'une part, et non-assimilation des pigments biliaires résorbés dans l'intestin, d'autre part.

Donc pour conclure :

1° Il n'y a pas lieu d'établir une différence essentielle entre les termes de glycosurie et de diabète glycosurique ;

2° La sénilité donne au diabète glycosurique des caractères spéciaux ;

3° *Le diabète glycosurique sénile se présente ordinairement sous forme d'accès diabétiques intermittents ou subintrants;*

4° Le diabète sénile se montre fréquemment accompagné d'autres troubles d'assimilation (azoturie, albuminurie non rétractile, pigments biliaires) ;

5° On pourrait expliquer les différents troubles qu'on observe chez les vieillards par une sorte d'*ataxie de la nutrition.*

PATHOLOGIE EXTERNE

Des sondes et de leurs usages.

Par le Dr **Henri PICARD.**

Les sondes sont des instruments ayant la forme de tiges cylindriques droites, courbes, coudées ou bi-coudées ; coniques, coupées ou renflées à leur extrémité vésicale. Les unes sont en métal et, par conséquent, *rigides;* les autres en gomme élastique, c'est-à-dire *flexibles.*

Les sondes sont destinées au traitement des maladies de la *vessie ;* les unes servant à reconnaître les affections de cet organe, les autres à les guérir. Les premières sont, par conséquent, des instruments de *diagnostic*, les secondes des instruments de *thérapeutique.*

Les sondes de *diagnostic*, nommées aussi d'une façon plus expressive sondes *exploratrices*, sont de métal : en maillechort ou en argent. La plus employée, longue de 32 centimètres environ, se compose d'une *poignée*, d'un *manche*, d'un *bec*. La *poignée* est formée d'un *tambour* ou *barillet* parfaitement cylindrique, long de 6 à 7 centimètres et d'un diamètre uniforme d'un centimètre et demi environ, disposition qui en rend le maniement très facile et permet de la tourner entre les doigts avec la plus grande commodité. En outre, sa surface quoique beaucoup plus étendue que le reste de la sonde, conduit nettement, jusqu'à la main, les sensations perçues par le bec. Cette poignée est percée d'un bout à l'autre d'un tube faisant suite à celui du manche tout en permettant au liquide contenu dans la vessie d'en sortir et à celui qu'on y veut injecter d'y arriver, l'orifice externe de la poignée admettant parfaitement la canule d'une seringue.

A la jonction de la poignée et du manche, est adapté un *robinet* qu'on peut ouvrir ou fermer, suivant qu'on désire laisser l'urine s'écouler au dehors, la maintenir dans la vessie ou y injecter du liquide. Ce robinet indique la position qu'occupe le bec dans la vessie.

Le *manche* intermédiaire au bec et à la poignée est un simple tube droit de quatre à cinq millimètres de diamètre dont la surface parfaitement polie lui permet de

glisser sur celle de l'urèthre avec un frottement presque nul. Les parois de ce tube doivent être solides, pour résister aux pressions exercées sur elles, et minces de manière à laisser entre elles un canal aussi large que possible.

Le *bec*, long de quatre centimètres à peu près, forme, par rapport au manche, le quart d'un cercle de cinq centimètres de diamètre. Son extrémité, ce qu'on appelle la pointe du bec, est légèrement renflée et formée par un petit appendice entièrement plein, disposition grâce à laquelle les chocs deviennent plus distincts à l'oreille et à la main. Sur sa concavité, près du manche, le bec est percé d'un œil dont les bords doivent être aussi mousses que possible de manière à ne pas écorcher l'urèthre et à présenter une ouverture suffisante à l'écou-

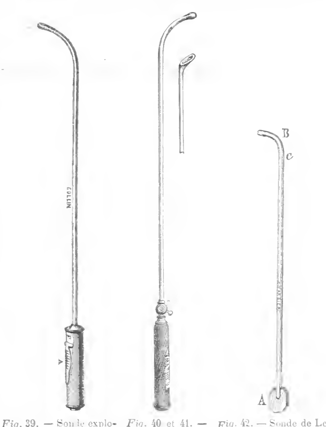


Fig. 39. — Sonde exploratrice. Le robinet s'ouvre et se ferme au moyen d'une plaque A, ce qui est un mauvais système.

Fig. 40 et 41. — Sonde exploratrice dont le robinet s'ouvre et se ferme au moyen d'un levier.

Fig. 42. — Sonde de Leroy (d'Etiolles). Elle est semblable à celle de Mercier ; seulement l'angle du bec de cette dernière est beaucoup plus aigue.

lement des liquides, qu'ils sortent de la vessie ou qu'ils y entrent.

La courbure de ce bec, qui n'est pas trop brusque, lui permet de franchir l'urèthre assez facilement et son peu de longueur de tourner dans la vessie et d'en sentir les parois sans les accrocher.

Telle qu'elle vient d'être décrite, cette sonde est incontestablement un excellent instrument pour explorer la vessie et diagnostiquer la présence d'un calcul, quoique, dans quelques cas, il soit préférable de se servir d'un lithotriteur.

Mercier avait fait construire, pour l'exploration de l'orifice uréthro-vésical, une sonde à courbure brusque dite sonde *coudée*. C'est une sonde droite dans presque toute sa longueur ; seulement, près de son extrémité vésicale, elle se recourbe, non pas en cercle, mais à angle un peu plus grand que le droit (100 à 110 degrés) de manière à former un bec de 12 à 16 millimètres. Un œil est percé sur la concavité de l'instrument à l'union du manche et du bec.

Le *manche*, aussi long que celui de la sonde précédente, a 32 centimètres environ ; mais son diamètre un peu plus grand, 6 millimètres, écarte davantage les parois de l'urèthre, disposition qui met mieux à l'abri des fausses routes. Le *pavillon* porte une *plaque* qui en forme la poignée, en rend le maniement facile et indique la position du bec dans la vessie. Cet instrument dont l'introduction est, le plus souvent, il faut bien le dire, assez difficile, offre l'avantage de pouvoir tourner dans la vessie en suivant exactement la face postérieure de l'orifice uréthro-vésical et de donner sur ses dispositions anatomiques des notions relativement vraies.

D'un autre côté, le coude que forme le bec avec le

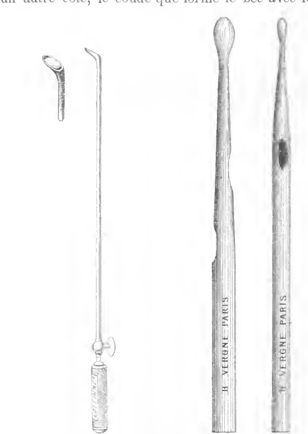


Fig. 43 et 44. — Instrument servant à repousser les fragments calculeux dans la vessie et que je donne pour représenter le mécanisme du robinet qui est le plus ancien, le plus simple et le meilleur.

Fig. 45 et 46. — Sondes coniques olivaires à un œil et à deux yeux.

manche lui permet de surmonter, dans bien des cas, les obstacles prostatiques et d'éviter les fausses routes, la pointe du bec suivant toujours la paroi uréthrale supérieure.

A la jonction de la *poignée* et du *manche*, les fabricants adaptent ordinairement, comme à la sonde précédente, un robinet permettant ou interdisant le passage des liquides. Il y a différents systèmes pour ouvrir ou fermer les robinets ; mais le plus ancien doit être préféré, parce qu'il est plus commode et moins sujet à se fausser.

La sonde *évacuatrice* la plus en usage est la sonde de trousse ordinaire dont la description est à peine nécessaire. Large de 4 millimètres, longue de 32 cent. son bec percé de deux yeux latéraux, forme avec le manche 1/4 de cercle de dix centimètres de diamètre ; son manche, divisé en deux parties qui se vissent l'une sur l'autre, se termine par un pavillon un peu évasé sur

les côtés duquel sont deux anneaux servant à la tenir, à la fixer au besoin et à reconnaître la position du bec dans la vessie. Le bec de cette sonde peut se dévisser et être remplacé par un bec beaucoup moins long et très légèrement courbé qui en fait une sonde de femme.

Cette sonde si en faveur auprès du plus grand nombre des praticiens n'est bonne que pour la femme. Chez l'homme, c'est en général, on peut l'affirmer, un mauvais instrument, cause de beaucoup d'insuccès et de fausses routes.

La sonde évacuatrice la plus ordinaire doit être *flexible*; le plus souvent en *gomme élastique*; quelquefois en *caoutchouc vulcanisé*; très rarement en métal. Sa forme variera, bien entendu, suivant les cas;



Fig. 47, 48 et 49. — Sondes à béquilles. *Fig.* 50. — Sonde bicoudée.

mais, dans le plus grand nombre, c'est de la sonde droite conique olivaire qu'il faudra se servir parce qu'elle pénètre ordinairement, avec la plus grande facilité, dans la plupart des urèthres.

Les sondes coniques olivaires, constituent une série de 25 numéros, gradués comme les bougies de même forme, d'après la filière Charrière. Les plus minces, correspondant au n° 6 de cette filière ont, par conséquent, deux millimètres de diamètre, les plus volumineuses, larges d'un centimètre au pavillon, portent le n° 30.

Le praticien n'a donc que l'embarras du choix, d'autant plus que la fabrication étant aujourd'hui parfaite, les sondes les moins volumineuses sont aussi bien percées et résistantes que les grosses. Toutefois, le n° 15 sera préféré dans la majorité des cas, et, avec lui, on peut l'affirmer, si l'urèthre n'est pas rétréci, on parviendra toujours à le franchir. (*A suivre.*)

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

De l'ovariotomie pratiquée deux fois sur la même malade.

L'observation publiée par M. Jentzer (1) professeur extraordinaire de la faculté de Genève, appelle de nouveau l'attention sur quelques faits relatifs à l'ovariotomie, et tout d'abord sur la conduite à tenir quand le chirurgien, après l'extirpation de l'ovaire malade qui a nécessité l'opération, se trouve en présence d'un second ovaire complètement sain.

Dans le cas de M. Jentzer il s'agissait d'une malade âgée de 26 ans, réglée selon le type lunaire depuis l'âge de 17 ans. (En novembre 1875, elle était opérée par le professeur Bischoff (de Bâle) d'un kyste de l'ovaire droit, dont le début remontait au mois de mars de la même année. L'ovaire gauche reconnu entièrement sain ne fut pas extirpé.

La malade vit ses règles reprendre leur cours habituel et se maria en 1879. Elle ressentit peu de temps après son mariage des douleurs abdominales dans la fosse iliaque gauche; le diagnostic de kyste de l'ovaire fut alors facilement établi et une seconde *ovariotomie* fut pratiquée le 12 septembre 1879. Les suites ne donnèrent lieu à aucune complication, c'est à peine si pendant les trois premiers jours l'on observa une légère élévation de température vespérale. Dans la seconde, comme dans la première opération, on eut recours au pansement de Lister. — La *menstruation* fut supprimée définitivement.

Sans vouloir nous étendre sur le procédé opératoire et le traitement consécutif adoptés par M. Jentzer, nous ferons ressortir que l'incision ne fut faite qu'à un centimètre et demi à gauche de la première cicatrice, mais que les sutures ne furent enlevées que le 11[e] jour.

M. Spencer-Wells, dans les observations qu'il rapporte dans son livre sur les tumeurs de l'ovaire, fit l'incision à 2 centim. de la cicatrice chez sa première malade. Elle mourut d'accidents septiques, attribuables à l'enlèvement prématuré des sutures à la suite duquel la plaie céda. Aussi le chirurgien anglais conseille-t-il de faire la nouvelle incision à quelque distance de la cicatrice ou de laisser les sutures plus longtemps que d'habitude. Cette pratique, généralement adoptée aujourd'hui du reste par la plupart des gynécologistes, est facilement compréhensible, malgré le résultat parfois heureux obtenu en pratiquant la nouvelle incision dans le tissu cicatriciel de la première incision (Dumreicher.)

Presque tous les auteurs sont d'accord pour ne recommander la *double ovariotomie* que si le deuxième ovaire est atteint et a déjà subi des modifications d'une certaine importance. En faveur de cette conduite, on fait surtout valoir des considérations sociales qui, du reste, ne manquent pas d'une certaine valeur. D'un autre côté

(1) *Casuistische gynækologische Mittheilungen: Ueber einen Fall von doppelseitigen Cystovarien: Entstehung in verschiedenen Zeiträumen; zweiseitig operirt; Heilung.* Wurzburg, 188[illegible]. A la suite de cette observation, M. Jentzer publie un cas de castration, la première pratiquée à Genève; nos lecteurs la trouveront reproduite dans la thèse de M. Tissier (*De la castration de la femme en chirurgie*, Paris, 1885.)

doit-on exposer une femme à courir à nouveau les risques d'une opération dont le pronostic est encore loin d'être toujours favorable ? Le cas du Dr Jentzer où le second ovaire complètement sain nécessite une deuxième ovariotomie à moins de quatre ans de distance n'engage-t-il pas les opérateurs à toujours enlever, lors d'une ovariotomie, le second ovaire, celui-ci serait-il absolument sain ? Les recherches de Scanzoni faites d'après les constatations anatomiques de Virchow et Förster, nous ont appris que 51 fois sur 99 les ovaires sont atteints des deux côtés. Cette statistique semblerait donc aussi favorable à *l'extirpation des deux ovaires* dans la majorité des cas. Tel n'est pas toutefois le cas quand on examine la pratique de la plupart des ovariotomistes : c'est ainsi que Spencer-Wells sur 1000 opérations n'a pratiqué que 82 fois l'ablation des deux ovaires.

Il nous paraît toutefois difficile, en présence des faits jusqu'ici publiés, de se prononcer définitivement ; la conduite à tenir peut varier selon les circonstances ; mais même quelques années avant l'époque de la ménopause le médecin, croyons-nous, ne doit pas hésiter à pratiquer la double ovariotomie, plutôt que d'exposer la malade aux risques ultérieurs d'une seconde opération pénible.

La première double ovariotomie pratiquée dans ces circonstances paraît appartenir à M. Atlee (de Philadelphie); la malade guérit; elle avait été opérée seize ans auparavant par le Dr Clay (ovaire gauche en 1846, ovaire droit en 1861). M. Spencer-Wells (1) a ovariotomisé treize fois des femmes déjà opérées par lui ou par d'autres ; il n'eut que deux cas de mort. En 1864, M. Atlee opéra une seconde malade à qui l'ablation de l'ovaire gauche avait été faite en 1857.

Parmi les auteurs ayant encore pratiqué deux fois l'ovariotomie sur la même femme à époques éloignées, nous citerons : Boinet (2 cas, 1 décès), Dumreicher, Perrier, Keith, Caswell, Eving Mears, Potter, Schatz (2).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 15 juin 1885. — PRÉSIDENCE DE M. BOULEY.

M. G. COLIN adresse un mémoire sur *les affections diphthéritiques des animaux*. Il a cherché d'abord si la diphthérie des enfants est susceptible de se transmettre aux animaux : ses expériences ont porté sur l'espèce porcine qui paraît plus apte que toutes les autres à contracter la diphthérie, car elle est sujette à une angine pseudo-membraneuse analogue à l'angine couenneuse de l'homme. Les résultats obtenus montrent que les produits de la diphthérie des enfants ne provoquent pas dans l'arrière-bouche, le larynx ou ailleurs, d'exsudats à forme diphthéritique. La spécificité de l'affection pseudo-membraneuse des porcs paraît donc être différente de celle de la diphthérie humaine. — Dans d'autres expériences faites sur des oiseaux de basse-cour, M. Colin a reconnu que les produits de sécrétion des muqueuses malades, les exsudats de ces membranes et ceux des différents viscères jouissent de la virulence au plus haut degré : le sang, les mucus intestinaux sont moins actifs.

M. DEMENY a étudié les *variations de la durée du double appui des pieds dans la marche de l'homme*, en enregistrant les résultats au moyen du signal électrique de Deprez. Il a constaté que, pour toute fréquence des pas, il y a dans la marche une phase de double appui : mais la durée de cette phase diminue plus vite que celle du demi-pas quand la marche s'accélère. En accroissant graduellement le poids de la charge portée, M. Demeny a vu la durée du double appui s'accroître progressivement ; la fatigue du marcheur allonge aussi cette même période.

M. L. MAGNIEN a trouvé chez les oiseaux, sur le trajet du facial, un ganglion très petit qui doit être assimilé au *ganglion géniculé* des mammifères : ce ganglion émet un filet nerveux destiné à la deuxième branche de la cinquième paire, filet que l'auteur regarde comme un nerf grand pétreux superficiel. P. LOYE.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 20 juin 1885. — PRÉSIDENCE DE M. HANOT.

M. BROWN-SÉQUARD complète ses communications antérieures sur la transformation des globules de sang d'oiseau en globules de sang de mammifère.

M. POUCHET remet une note de M. WERTHEIMER comprenant des observations faites sur le cadavre d'un supplicié 22 minutes après la mort.

M. GALIPPE, en filtrant de la salive à travers une bougie de porceleine Chamberland, a découvert dans ce liquide un champignon non encore décrit auquel il donne le nom de *Monilia sputicola*.

M. GAILLIARD a étudié l'*action du mercure sur le sang des syphilitiques* : ses recherches ont porté sur l'hémoglobine et sur le nombre des globules ; il a pu constater qu'il se produisait d'abord une anémie assez marquée mais que globules et hémoglobine ne tardaient pas à revenir au taux normal à 6, de passer légèrement pour rester bientôt stationnaires.

M. Ch. FÉRÉ fait quelques *remarques sur les précédentes communications relatives aux rapports des états psychiques avec le mouvement* : il établit que les phénomènes qu'il a décrits ne se rapportent pas seulement à des névropathes caractérisés, à des sujets réputés normaux. Il a appliqué à ses recherches la méthode graphique, et il montre un certain nombre de tracés dynamographiques qui confirment pleinement ses premières constatations faites avec le dynanomètre, et décèlent en outre des différences de forme de la contraction musculaire sur lesquelles l'auteur se propose de revenir. Ces tracés font en outre reconnaître, que par les différents procédés de dynamogénie indiqués précédemment, on peut non seulement exagérer l'intensité, l'effort de pression, mais encore prolonger la durée de l'effort soutenu.

M. FÉRÉ rend ensuite compte d'expériences faites avec le concours de M. LONDE sur les émotions auditoires. Ces expériences faites à l'aide de diapasons dont on peut faire varier l'étendue des vibrations et l'éloignement confirment les précédentes observations de M. Féré sur le rapport de l'intensité de la sensation avec l'état dynamique.

M. d'ARSONVAL, continuant l'exposé de ses recherches sur les courants électriques qui se passent dans les tissus, dit qu'il faut rejeter pour cette étude l'emploi des vases poreux à travers lesquels prennent spontanément naissance des courants qui pourraient troubler l'expérience.

M. LABORDE remet une note de M. THIERRY sur l'examen de la bile du dernier supplicié ; de M. REPIQUET sur la pré-

(1) Spencer-Wells. *Des tumeurs de l'ovaire et de l'utérus*, trad. P. Rodet, Paris, 1883. On trouvera à la page 375 le tableau détaillé de tous ces cas. Il est à remarquer que 8 des opérées avaient de 35 à 53 ans lors de la première ovariotomie ; que dans 5 cas la distance entre les deux opérations n'a été que de 8 et 15 mois, un an 1/2, 3 et 4 ans, et que trois de ces dernières opérées avaient moins de 35 ans (20 à 31 ans).

(2) On trouvera dans Pitha et Billroth (*Handbuch der allg. u. spec. Chirurgie*, Bd. IV ; in Olshausen, *Die Krankheiten der Ovarien*, p. 886, 1879), un tableau de quinze de ces cas.

sence d'un pilier charnu congénital au fond du vagin de la jument.

MM. ASSAKY et DUPLAY décrivent un nouveau procédé de suture à la suite de la résection de l'intestin. Les expériences qu'ils ont faites sur les animaux les amènent à conclure que, en usant de leur manuel opératoire, qui consiste à suturer d'une façon spéciale les deux bouts préalablement invaginés, de façon à ce que la séreuse s'unisse à la muqueuse, on obtient un calibre normal, régulier, exempt de la valvule qui est consécutive à tous les autres procédés de réunion.

M. FRANCK expose le résultat de ses recherches sur la *circulation veineuse de l'encéphale*. Après avoir fait remarquer la disposition toute particulière des rameaux veineux par rapport aux rameaux artériels, il montre que c'est à la pulsation artérielle que l'on doit la progression du sang veineux; que le pouls des sinus crâniens n'est que le résultat de l'expansion en masse des artères encéphaliques. Il insiste également sur les influences respiratoires. Vérifiant les expériences de Mosso, il démontre que la pression au niveau des sinus n'est pas égale à 15 à 16 centi. de mercure, mais bien à 7 à 8 mill. La pression à ce niveau est donc très faible, ainsi du reste que le faisait prévoir la théorie; elle varie suivant les diverses attitudes. La poussée latérale due à l'expansion artérielle étant un facteur extrêmement important, on comprend combien la circulation veineuse devra être entravée dans l'athérome artériel et l'insuffisance aortique en particulier.

GILLES DE LA TOURETTE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 23 juin 1885. — PRÉSIDENCE DE M. BERGERON.

M. GARIEL présente, au nom de MM. Wiet et Larochelle une *nouvelle pile* au bichromate de potasse.

M. POLAILLON lit un *rapport* relatif à un travail de M. Paquet. Ce travail a pour titre : plaie du coude par arrachement, septicémie aiguë à forme gangréneuse, désarticulation de l'épaule, guérison.

M. POLAILLON lit un deuxième *rapport* relatif à un travail de M. Grellet, de Ménat (Puy-de-Dôme), sur les débridements hâtifs appliqués au traitement des phlegmons de la fosse iliaque.

M. VERNEUIL soumet à l'approbation de l'Académie les conclusions suivantes qui résument la discussion sur l'*érysipèle* : la discussion qui vient d'occuper longuement l'Académie a démontré que l'érysipèle est éminemment contagieux ; que l'antisepsie en a certainement diminué la fréquence et la gravité; qu'elle ne peut toutefois empêcher ni les malades venus du dehors d'infecter les salles d'hôpital, ni les malades sortis de l'hôpital de reproduire au dehors des foyers d'épidémie ; d'où résulte la persistance indéfinie du mal, et chaque année un certain nombre de décès exclusivement imputables à cette infection réciproque. Pour remédier à cet état de choses, l'Académie de médecine pense qu'il est indispensable d'avoir dans les hôpitaux des locaux particuliers où l'isolement des érysipélateux sera sérieusement pratiqué. En conséquence, elle demande formellement la création des locaux aux pouvoirs publics qui, dûment avertis, ne voudront pas assumer plus longtemps la responsabilité de ce qui existe aujourd'hui. Ces conclusions sont adoptées à l'unanimité.

M. A. OLLIVIER fait une communication sur les *oreillons*. Ayant eu récemment l'occasion d'observer trois cas d'oreillons, M. Ollivier a pu constater les faits avancés par MM. Capitan et Charrin, relativement à la présence des microbes dans cette maladie. Ces microbes, microcoques isolés ou réunis deux à deux, se trouveront constamment dans la salive, et sont éliminés par les urines. Ces nouvelles recherches établissent que les oreillons doivent être compris parmi les maladies infectieuses, sont susceptibles de se déterminer sur les ovaires et les testicules, de s'accompagner enfin d'albuminurie.

M. LAGNEAU lit un travail sur quelques *anesthésiques* anciennement employés en chirurgie. A. J.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 21 novembre 1884.— PRÉSIDENCE DE M. CORNIL.

17. **Kyste séreux sous-épididymaire** ; par M. DÉNUCÉ, interne des hôpitaux.

Le nommé Chapin, Abel, âgé de 27 ans, exerçant la profession de marinier, entre le 30 juillet à l'hôpital Necker, salle Saint-Pierre, lit n° 27 (service de M. le professeur TRÉLAT, suppléé en ce moment par M. le Dr P. SEGOND, professeur agrégé).

Le malade demande des soins pour une hémarthrose considérable de l'articulation fémoro-tibiale gauche, survenue à la suite d'une chute violente faite la veille. Disons de suite, pour n'y plus revenir, que le 11 août, la ponction de l'articulation pratiquée au moyen de l'aspirateur Dieulafoy, donna issue à une quantité assez considérable de liquide hématique. Le membre fut immobilisé, et l'articulation soumise à une compression modérée. Le dix-huitième jour, la guérison était complète.

Le malade, en outre, était porteur d'une tumeur du testicule droit, datant d'environ deux ans, et dont il réclamait la guérison. Aucun antécédent héréditaire à noter. Comme antécédents personnels, le malade se plaint d'être sujet à des bronchites réitérées et dont la guérison ne s'opère que très lentement. L'auscultation des sommets ne révèle aucun signe de tuberculose, même au début. La recherche des bacilles dans les crachats ne donne pas de résultat.

Il y a cinq ans, il a contracté une blennorrhagie et ne s'est pas traité; il persiste encore aujourd'hui une légère blennorrhée. En 1882, il a eu des chancres mous de la verge, suivis de bubon inguinal gauche suppuré; l'affection a été traitée et guérie à l'hôpital du Midi. Peu de temps après sa sortie du Midi, le malade s'est aperçu que sa bourse droite augmentait de volume. Cet accroissement, nullement douloureux, s'est accentué pendant à peu près un an, puis la partie est demeurée stationnaire jusqu'à l'entrée du malade à Necker.

A ce moment, il présente une hydrocèle à droite, caractérisée par une augmentation de volume; la tumeur, ovoïde, plus volumineuse que le poing, est lisse, indolente même à la pression, sauf au point où le testicule est situé, à sa place habituelle, en arrière et en bas. Celui-ci est difficile à examiner par la palpation, et sa place ne peut guère être reconnue que par la sensation spéciale dont le malade rend compte. La transparence est complète en haut et en avant. La ponction de l'hydrocèle, pratiquée le 5 août, donne issue à environ 100 grammes de liquide clair, citrin, semblable au liquide habituel de l'hydrocèle. Une injection consécutive de teinture d'iode au tiers ne cause pas de douleur très vive.

Le testicule, examiné après la ponction, parait gros. Son extrémité inférieure, de volume à peu près normal, donne à la palpation une sensation de dureté supérieure à la consistance normale de la glande. Cette partie est lisse; au contraire, la partie supérieure présente un renflement notable, de la dimension d'une grosse noix, à peu près de la même consistance, mais bosselé. Cette extrémité fait suite à la portion inférieure, sans que l'on puisse en aucune façon distinguer la tête de l'épididyme du testicule proprement dit. Le testicule et l'épididyme semblent ainsi confondus en une masse unique, consistante. En aucun point on ne perçoit de transparence ou de fluctuation. La prostate est parfaitement saine. Pas de ganglions dans l'aine gauche. A droite, la cicatrice du bubon suppuré rend l'examen impossible. La consistance de la tumeur, sa forme, l'absence de transparence et de fluctuation permettaient de croire à une tumeur solide. La fusion apparente du testicule et de la tête de l'épididyme en une seule masse confirmait cette hypothèse. En outre, la marche de l'affection, l'absence de tout commémoratif, de toute lésion tubercu-

leuse des poumons, mais surtout de la prostate, devait faire écarter l'idée d'une tuberculose génitale. En revanche, l'idée de sarcocèle syphilitique devait se présenter à l'esprit. Aussi, bien que le malade n'avouât d'autre antécédent vénérien qu'une blennorrhagie et des chancres simples, un traitement mixte (sirop de Gibert et iodure de potassium, 2 gr.) fut-il institué, et poursuivi un mois sans résultat. L'hydrocèle avait reparu. Devant cet échec, le seul diagnostic auquel il semblât qu'on dût s'arrêter était un sarcome du testicule.

En conséquence, la castration fut décidée. Le 22 septembre, l'hydrocèle fut ponctionnée. Le testicule conservait tous les caractères déjà décrits. Par mesure de précaution, M. Segond fit dans la partie supérieure de la tumeur une ponction capillaire. Celle-ci donna issue à quelques gouttes de liquide séreux, citrin, légèrement visqueux. Un nouvel examen détaillé du testicule montra que cette évacuation ne changeait en rien la disposition des parties. L'extrémité supérieure, toujours volumineuse et dure, offrait le même aspect qu'auparavant. L'opération fut donc faite avec toutes les précautions antiseptiques. Pansement de Lister. A part une légère douleur au niveau du cordon, les deux premiers jours, les suites de l'opération furent très simples. Au huitième jour, le drain fut supprimé; le quinzième jour, la cicatrisation était complète. La température n'avait jamais excédé 38°.

En ouvrant la tumeur, on constata que ce n'était point un sarcome, mais un kyste, situé entre le testicule qu'il coiffait, et l'épididyme. Ce kyste contenait un liquide épais, un peu visqueux et filant, de couleur citrine, d'ailleurs nullement trouble ni opalescent. Cette tumeur, recouverte par la tunique vaginale, était absolument adhérente à la glande; l'épaisseur de ses parois, leur distension par le liquide, leurs bosselures répondant à des septa fibreux cloisonnant sa cavité, avaient masqué la transparence, la fluctuation et conduit à croire à une tumeur solide. La tumeur se compose d'un grand kyste du volume d'une noix, dont la cavité, cloisonnée par des tractus fibreux incomplets, est divisée en poches secondaires communiquant largement les unes avec les autres. En avant, se trouvent deux autres poches beaucoup plus petites et indépendantes, dont l'une a été ponctionnée; les trois cavités sont parfaitement closes. Elles reposent en bas sur la tunique albuginée du testicule, à laquelle elles adhèrent complètement. A la partie supérieure de la grande poche, on voit l'épididyme, qui lui est uni d'une façon si intime qu'il semble faire partie de la paroi kystique, et se prolonge de même sur la paroi latérale. Le volume de cet organe semble diminué. La vaginale passe en avant et en arrrière du kyste, augmentant encore l'épaisseur de ses parois et leur adhérence à la glande.

Le liquide du kyste, examiné au microscope, contient de nombreux globules graisseux, des hématies déformées en petit nombre, des cristaux d'hématine et de cholestérine, mais aucune trace de spermatozoïdes. Le raclage de la paroi interne du grand kyste montre des fragments d'épithélium formant, quand on les voit de face, une mosaïque polygonale assez régulière. Au centre de chaque polygone, on aperçoit un noyau, très visible, se colorant fortement par le carmin, de forme ovoïde, pourvu d'un nucléole qui se détache comme un point brillant; sur les bords des fragments, quelques cellules se présentent de face. Elles paraissent cylindro-coniques, à pointe peu accusée, dirigée vers la paroi. Le noyau est plus près de l'extrémité adhérente que de l'extrémité libre; leur hauteur est de 5 à 6 μ, leur diamètre de 8 μ environ. Pas de cils vibratiles. Sur des coupes durcies dans l'alcool et traitées au picro-carmin, on voit que la paroi du kyste est formée de tissu fibreux contenant de nombreux vaisseaux. Les artères possèdent une tunique musculaire épaisse. L'épithélium se présente avec les caractères décrits plus haut. La paroi est continue, et nulle part on ne voit de végétation ou de cryptes tapissées d'épithélium comme dans les parois des kystes ovariens.

Cette observation me paraît offrir un grand intérêt. En premier lieu, au point de vue clinique, puisque le diagnostic exact n'a pu être fait. M. Gosselin, dans son mémoire publié en 1848, et dans l'article : *Testicule*, du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique*, donne comme caractères permettant de reconnaitre les grands kystes sous-épididymaires, leur translucidité, leur fluctuation et la possibilité de les distinguer du testicule auquel ils adhèrent. Le cas présent n'avait aucun de ces caractères. La tumeur, ajoute-t-il, est régulièrement arrondie; ovoïde. Ici, elle était nettement irrégulière et bosselée. Au point de vue anatomique, il faut signaler l'épaisseur des parois qui masquait la fluctuation. Cette épaisseur est en contradiction avec les descriptions de M. Gosselin, de J. Paget, de Broca (Soc. anat., 1850), de M. Després (ibid., 1878), etc. Aucune des cavités ne contenait de spermatozoïdes. Les rapports de la tumeur sont également dignes d'intérêt : elle coiffait directement le testicule, sans interposition de la vaginale. Celle-ci se tendant à mesure que la tumeur augmentait de volume, était appliquée à sa paroi antérieure. La paroi postérieure devait être en rapport avec les vaisseaux efférents, mais ceux-ci sont effacés, probablement oblitérés, comme l'a observé M. Gosselin (*Gaz. méd.*, Paris, 1850).

La pathogénie de cette affection serait intéressante à élucider. On sait que Marcé, dans une thèse sur les kystes spermatiques (Paris, 1856), leur a attribué comme origine la persistance d'un conduit du corps de Wolff. Cette opinion a été soutenue par M. Verneuil à la Société de chirurgie, en 1857, et par Giraldès, dans ses recherches anatomiques sur le corps innominé (*Journal d'anat.*, de Robin, 1861). Cette hypothèse paraît très plausible, du moins pour les kystes spermatiques. A côté du corps de Giraldès, on connaît un autre organe provenant également des restes du corps de Wolff, l'hydatide non pédiculée, étudiée par Ernst Fleischl (*in Manuel* de Stricker, Appendice). Les vaisseaux aberrants de Haller, sur la structure et le développement desquels Roth a fait un mémoire très complet, ont également la même origine (*Zeitschr. f. anat. und Entwickelungsgeschichte*, 1876). Seulement, les vasa aberrantia siègent de préférence vers la queue de l'épididyme, loin, par conséquent, du siège habituel des kystes spermatiques. Tous ces organes sont pourvus d'une cavité tapissée d'un épithélium cylindrique à cils vibratiles, et communiquent avec le canal de l'épididyme. Le développement des kystes spermatiques à leurs dépens, et la présence de spermatozoïdes dans le liquide que ceux-ci contiennent est parfaitement compréhensible. Il n'en est pas de même pour les kystes séreux. En premier lieu, leur épithélium ne ressemble en aucune façon à celui de ces organes. Il n'est jamais pouvu de cils vibratiles. Cette objection ne serait pas suffisante. Les kystes uniloculaires para-ovariens n'ont pas d'épithélium vibratile, et l'on est d'accord pour leur assigner comme origine le para-ovarium, ou organe de Rosenmuller, l'analogue, chez la femme, du corps de Giraldès chez l'homme. L'épithélium des tubes qui constituent cet organe est vibratile. Mais les exemples de ces transformations sont loin d'être rares, et l'on sait avec quelle facilité l'épithélium d'une cavité se modifie pour s'adapter à de nouvelles conditions, de pression par exemple. L'absence de spermatozoïdes, et même de toutes traces de spermatozoïdes, les caractères du liquide contenu dans les kystes séreux, absolument différents de celui des kystes spermatiques, fournissent des preuves autrement convaincantes de la non-identité des origines. Le siège même des kystes séreux a conduit à une hypothèse assez simple. Entre la tête de l'épididyme et le testicule, la vaginale vient en avant former un repli, une sorte de *meso*. Sous l'influence d'une vaginalite ayant passé plus ou moins inaperçue, les deux replis du cul-de-sac peuvent se souder par leurs bords. Il en résulterait une cavité parfaitement close, pouvant donner lieu à une sécrétion de liquide séreux. La structure même des kystes plaide en faveur de cette hypothèse. La description que donne Lusechka (*Archives de Virchow*, tome VI, p. 321) de la portion de la vaginale intermédiaire à l'épididyme et à la partie supérieure du testicule, description

confirmée par La Valette Saint-Georges, rappelle absolument celle de la paroi de notre kyste.

Mais il faut admettre que l'apparition du kyste a été précédée d'une poussée inflammatoire, et ce n'est pas toujours le cas. On pourrait alors se rattacher à une dernière hypothèse, analogue à celle de Marcé et de M. Verneuil pour les kystes spermatiques. Il existe en effet un autre annexe de l'épididyme qui semble pouvoir jouer un rôle dans la genèse des kystes séreux : c'est l'hydatide pédiculée de Morgagni. Reste, non du corps de Wolff, mais du conduit de Muller, cet organe, annexé à la tête de l'épididyme, contient dans son épaisseur une cavité, tapissée d'un épithélium polyédrique, remplie d'un liquide séreux, et ne communiquant jamais avec le canal de l'épididyme. Qu'une influence quelconque amène l'hypersécrétion de ce liquide, la cavité se distendra, repoussant d'une part la vaginale, d'autre part se logeant entre l'épididyme et le testicule. Son développement continu explique les adhérences qui s'établiront entre le kyste, l'épididyme et le testicule. Enfin, la vaginale tendue, passera au-devant de la tumeur, s'appliquant à sa partie antérieure comme dans notre observation, sans qu'il soit besoin d'invoquer l'intervention d'une poussée inflammatoire.

18. Coqueluche. — Rougeole. — Broncho-pneumonie. — Mort. — Ecchymoses sous-pleurales — Deux ulcérations de la paroi postérieure du pharynx répondant l'une à l'épiglotte, l'autre au cartilage cricoïde ; par M. E. Lepage, interne des hôpitaux.

La nommée D..., Louise, âgée de 3 ans, entre le 16 octobre 1884, à l'hôpital des Enfants-Malades, salle Sainte-Elisabeth, lit nº 34 (service de M. le Dr Ollivier).

Cette enfant est maigre, chétive ; son père est bien portant ; sa mère vient d'entrer à l'hôpital pour une tuberculose pulmonaire. Une petite sœur, âgée de 10 mois, a succombé le 14 octobre courant à la suite de coqueluche.

La malade est née à terme et a été nourrie au sein jusqu'à l'âge de 12 mois. Elle habite Paris depuis cinq mois. Aucune maladie antérieure (ni rougeole, ni bronchite, ni impétigo). Depuis quinze jours, l'enfant est atteinte de coqueluche ; elle a eu huit à dix quintes par jour. Elle présente à son entrée une ulcération du frein de la langue assez étendue. Pas de complication pulmonaire, sauf un certain degré de bronchite. Sous l'influence du traitement (sirop de belladone et sirop de quinquina), les quintes de coqueluche commençaient à diminuer de fréquence (quatre à cinq quintes dans les vingt-quatre heures) ; peu de vomissements.

Le 2 novembre, il existe un peu de catarrhe oculaire, puis survient du catarrhe nasal, et le 6 novembre, une éruption rubéolique se manifeste très marquée à la face et aux membres supérieurs. L'éruption sort assez mal aux membres inférieurs. Les quintes de coqueluche cessent complètement du 5 au 12 novembre. A cette époque, l'éruption commence à pâlir ; l'enfant présente un notable degré de dyspnée ; il existe du souffle et des râles fins à la base gauche. A droite, râles sibilants assez nombreux. — Vomitif et ventouses sèches.

Le 14 novembre, les quintes de coqueluche reviennent au nombre de cinq à six par jour ; l'éruption a presque complètement disparu. Il existe au niveau des lèvres deux ou trois ulcérations, d'origine probablement scrofuleuse, avec engorgement ganglionnaire sous-maxillaire très accusé.

Le 16 novembre, la dyspnée augmente ; il existe de la submatité à la base gauche ; le souffle persiste intense. L'état général est très grave ; la température s'élève.

Le 18 novembre, l'enfant est toujours très oppressée ; les ailes du nez battent ; les quintes de coqueluche ont presque entièrement disparu. — L'enfant succombe le 19 novembre.

Autopsie. — *Cavité thoracique.* Sur la plèvre du côté gauche existe un exsudat qui recouvre le bord postérieur du poumon jusqu'au niveau de sa base ; cet exsudat reste adhérent au poumon lorsqu'on enlève celui-ci de la cavité thoracique ; il se détache assez facilement du poumon lorsqu'on racle avec un scalpel. La plèvre paraît normale à ce niveau. Cet exsudat est d'une coloration noirâtre, se rapprochant des caillots par sa consistance et son aspect ; dans les parties déclives, il est un peu rouge ; il présente une épaisseur moyenne de 2 à 3 millimètres. — Un exsudat de même nature, mais moins étendu, siège au niveau du bord postérieur du poumon droit. Il ne s'agit pas là de pleurésie hémorrhagique, mais d'une sorte d'extravasation sanguine qui s'est faite à la surface du poumon. Le poumon gauche présente dans son lobe inférieur des noyaux indurés de broncho-pneumonie ; le reste du tissu pulmonaire, de ce côté, est très fortement congestionné. Une notable quantité de sang s'échappe lorsqu'on incise le poumon. Pas de tubercules. Le poumon droit est très congestionné, surtout au niveau de son lobe inférieur ; pas de tubercules. Les ganglions du hile de chaque côté sont normaux, ni augmentés de volume, ni indurés.—*Péricarde* et *cœur* : ne présentent rien de particulier.

Le *foie* est gros, volumineux, un peu congestionné. — *Rate* petite, lobulée, assez dure. — *Reins.* Les deux reins sont pâles, même au niveau de la substance médullaire ; ils se décortiquent facilement.

La muqueuse du *larynx* paraît normale, mais un peu congestionnée ; sur la paroi postérieure du pharynx, il existe deux ulcérations, de dimensions inégales, l'une supérieure de 1 centimètre de longueur sur 4 millimètres de largeur, répondant à l'épiglotte ; l'autre, de dimensions un peu plus considérables, répondant à la face postérieure du cartilage cricoïde. Le fond de ces ulcérations est grisâtre. Il n'existe en aucun point du tube digestif d'ulcération semblable. L'examen microscopique, pratiqué par notre excellent collègue et ami Morel-Lavallée, a montré une absence complète de l'épithélium et du derme de la muqueuse au niveau des ulcérations.

Cette observation nous a paru intéressante à divers points de vue : 1º Elle est un nouvel exemple de mort par rougeole *contractée* dans les salles d'hôpitaux d'enfants ;—2º Elle montre l'influence de la maladie intercurrente *rougeole*, sur la marche et le nombre des quintes de coqueluche ; — 3º Les exsudats constatés au niveau de la plèvre pourraient être rapprochés des ecchymoses sous-pleurales, signalées depuis longtemps dans la coqueluche, notamment dans le mémoire de Blache (1868) ; — 4º Les ulcérations situées sur la paroi postérieure du pharynx et répondant très exactement l'une à l'épiglotte, l'autre au cartilage cricoïde, ne pourraient-elles être rapprochées, même au point de vue étiologique, de l'ulcération du frein de la langue ? Sans vouloir en aucune façon affirmer que ces ulcérations soient d'origine mécanique, en l'absence de toute autre cause appréciable, il est intéressant d'en signaler l'existence. On arrive directement sur une surface, comme taillée à l'emporte-pièce, qui est la couche cellulo-musculeuse ; cette couche n'est nullement infiltrée d'éléments embryonnaires et n'est le siège d'aucune inflammation.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 17 *juin* 1885. — Présidence de M. Horteloup.

Ruptures de l'urèthre. M. Terrier fait un rapport sur une observation adressée à la Société par M. Cabadé (Valence d'Agen) : rupture traumatique du canal de l'urèthre, infiltration urineuse, fistule récidivée. Cette observation montre les difficultés de maintenir béant l'urèthre rupturé, surtout lorsque cette rupture a donné lieu, comme dans ce cas, à une véritable perte de substance de l'urèthre, par suite de la gangrène due à l'infiltration de l'urine. M. Cabadé, qui fut obligé de rouvrir deux fois la plaie périnéale, pense que l'on peut être parfois obligé d'abandonner la partie et de laisser le sujet uriner par la fistule, surtout lorsqu'il est incapable de se sonder ou d'être sondé. M. Terrier fait observer que la fistule tend aussi à s'obturer, que le bout postérieur du canal peut souvent se rétré-

cir, et qu'on doit alors recourir à l'uréthrotomie interne.

M. Tillaux, dans un cas analogue, débrida le périnée le jour même de l'accident, passa des sondes tous les jours pour vider la vessie, et rétablit par la suite le calibre à l'aide de bougies.

M. Le Fort réussit à passer une sonde aussitôt après l'accident et la laissa deux mois en place; mais le canal ne tarda pas à se rétrécir; on dut faire l'uréthrotomie externe qui ne donna pas un succès définitif, car quelques temps après, M. Gillette dut recommencer la même opération.

M. Bouilly, qui a obtenu un succès analogue à celui de M. Tillaux, explique la différence dans les résultats obtenus par les différences dans l'étendue des lésions anatomiques. Le succès définitif est probable quand il n'y a pas eu perte de substance du canal et quand l'incision périnéale a pu être pratiquée à une époque rapprochée de l'accident.

M. Gillette ne croit pas utile de faire le cathétérisme de l'urèthre immédiatement après l'accident.

M. Lucas-Championnière croit utile de combiner l'incision périnéale et le cathétérisme dès les premiers jours qui suivront l'accident. Il rappelle que cette pratique est celle des médecins de la marine et de M. Guyon.

M. Horteloup a souvent constaté que la sonde était mal tolérée après l'uréthrotomie, c'est pourquoi il ne l'introduit que douze ou treize jours après l'opération.

Résection du corps du sternum. — M. Le Fort communique une très intéressante observation de résection du sternum qu'il a pratiquée sur un homme de 54 ans, atteint d'abcès rétro-sternal avec dénudation de l'os. L'état général était fort grave et la mort menaçante au moment de l'opération. Celle-ci fut faite sans grandes difficultés et un fragment de 10 centimètres de long fut enlevé. Les suites immédiates de l'opération furent bonnes; le malade respirait facilement, car on avait pu laisser la partie du sternum intermédiaire aux deux clavicules. Mais bientôt le malade, qui n'avait accepté l'opération que dans l'espoir d'en mourir, refusa toute nourriture et défit le pansement à plusieurs reprises. Il mourut le troisième jour après l'opération. L'autopsie a montré que le médiastin était bien protégé par le périoste et une lame fibreuse que le chirurgien avait habillement ménagés. En somme, l'observation, malgré son issue fatale, est favorable à la résection du sternum. Elle prouve que l'opération ne présente pas les difficultés et les dangers immédiats qu'on pourrait lui supposer, notamment au point de vue de la respiration.

M. Nicaise a enlevé une fois l'extrémité supérieure du sternum et le malade a guéri, avec une solide cicatrice fibreuse unissant les côtes correspondantes et protégeant bien les organes profonds.

M. Trélat présente un os, long de 3 cent. 1/2, large de 3, qui était inclus dans le tendon du jambier antérieur d'un jeune homme. Il y a lieu de croire qu'il s'agit là d'une ectopie osseuse.

M. Bousquet lit un *travail sur les déformations des projectiles de guerre et sur les déductions à en tirer au point de vue des fractures.*

P. Poirier.

REVUE D'ÉLECTROTHÉRAPIE

Traité d'Electrothérapie; par le Dr W. Erb, traduit par le Dr Ad. Rueff. — Paris, 1884 (1).

La cinquième partie nous fait entrer sur le terrain de l'électrothérapie proprement dite. Des considérations analogues à celles qui dominent les méthodes de diagnostic, montrent que pour la thérapeutique l'expérience seule est aussi la souveraine maitresse. Sans doute il ne faut pas perdre de vue les faits et les théories concernant l'électrotonus, les actions catalytiques, cataphoriques, électrolytiques; on y trouve en toute circonstance un guide précieux: mais, en fin de compte, il faut le reconnaître, nous ne savons pas comment agit l'électricité. Tout traitement électrique comporte une certaine dose d'hésitation et de tâtonnement. Les conceptions théoriques ne donnent qu'une indication approximative des procédés à employer: ce sont les résultats obtenus soit dans des cas analogues, soit dans des essais successifs chez le même malade, qui achèvent de le déterminer. L'électrothérapie doit donc être, pour le moment, essentiellement empirique. Telle est la vue dominante de M. Erb; nous ne pouvons qu'y souscrire.

Comme procédé général d'application du courant galvanique, l'auteur recommande la méthode ou, pour mieux dire, la disposition polaire; elle se prête mieux à l'analyse des résultats; bien qu'il ne faille pas oublier que sur l'homme vivant la seule réaction strictement polaire est celle du nerf auditif.

Après une esquisse des principaux procédés d'application thérapeutique des courants faradique et galvanique tels que les bains électriques, faradisation générale, etc., l'auteur donne les préceptes relatifs au traitement spécial des divers organes: cerveau, moelle, nerfs. C'est là que se trouve l'énumération très complète, et étudiée à nouveau, des points moteurs. Leur liste, on le comprend, ne peut guère différer de celle donnée par Ziemssen. Mais les figures de l'auteur ont un aspect plus satisfaisant quoique schématique; on y remarquera entre autres nouveautés, le point de M. Erb, commun aux muscles deltoïde, biceps, brachial antérieur et long supinateur.

Nous arrivons enfin à la thérapeutique spéciale. Mais ici l'analyse devient impossible. Cette partie, qui représente les deux tiers du volume, contient un nombre considérable d'observations. Chaque traitement est précédé de considérations de clinique et de physiologie pathologique, chose à la fois utile et logique. En effet, pour un cas particulier, on ne se trouve presque jamais en présence d'une formule thérapeutique établie et consacrée par l'usage. Il faut, pour instituer le traitement électrique, accomplir préalablement les trois opérations mentales suivantes: 1° Conception de la lésion ou processus morbide; 2° conception de la modification physiologique à lui opposer; 3° choix du moyen physique propre à provoquer cette modification. Pour les deux dernières opérations, les notions préliminaires d'électricité et d'électro-physiologie donnent les éléments indispensables. Les considérations que nous venons de signaler sont destinées à faciliter la première. On lira entre autres avec intérêt les articles consacrés à l'atrophie musculaire progressive, question à l'ordre du jour et que M. Charcot, dans une récente leçon, vient de présenter sous un aspect nouveau, celui du tabes que, nous avons le regret de le constater, M. Erb considère comme d'origine syphilitique, etc.

En parcourant ces pages, on est frappé de la variété et du nombre des indications de l'électrothérapie. M. Erb ne peut pourtant pas être accusé d'un parti pris d'optimisme. Il distingue soigneusement les cas relativement rares où l'électricité est, comme les autres moyens, impuissante, de ceux où elle se montre, suivant son expression, la médication sans rivale. Cependant, il laisse presque complètement de côté les applications chirurgicales et gynécologiques, et dans la pathologie interne, il s'occupe presque exclusivement des affections du système nerveux.

Cette étroite connexion de l'électrothérapie avec la pathologie nerveuse est traditionnelle. Elle remonte aux premières applications médicales de l'électricité. Dès le début, en vertu sans doute d'un vague rapprochement entre les phénomènes électriques et les fonctions du système nerveux, on se trouva porté à traiter de préférence par l'électricité les maladies de ce système. On peut s'en convaincre en parcourant les vieux auteurs: Bertholon, Cavallo, Mauduyt, etc. Actuellement, l'usage est encore dominant de considérer l'électrothérapie comme l'annexe obligé de la neuropathologie. Ici se présente une distinction essentielle. Certes, tant qu'il s'agit simplement d'étude, il faut reconnaitre avec M. Erb que la pratique des procédés d'exploration de l'électrothérapie contribue à donner au neuropathologue des habitudes utiles de rigueur et de précision.

(1) Voir *Progrès médical*, n° 25.

Mais si on se place au point de vue de la thérapeutique pure, la question doit être envisagée tout autrement. Faisons abstraction du diagnostio des paralysies pour lequel, nous l'avons vu, le rôle de l'électricité est prépondérant, pour ne parler que du traitement des maladies du système nerveux, et nous sommes forcé de reconnaître que ce n'est pas là que les applications électriques donnent les résultats les plus sûrs et les plus brillants. Cela est surtout vrai si, à l'exemple de M. Erb et de la plupart des auteurs contemporains, on borne l'électrothérapie à l'emploi des courants galvanique et faradique. Même dans ces limites, la chirurgie et la gynécologie offriraient dès maintenant un terrain plus favorable aux applications électriques.

Suivant nous, c'est dans le traitement des maladies générales, de celles surtout que M. Bouchard attribue à un ralentissement de la nutrition, que l'électricité doit trouver sa véritable place. Cette manière de voir serait sans doute difficile à justifier si on ne disposait que de l'action plus ou moins localisée de la pile ou de l'appareil d'induction. Mais pour peu que l'on ait recours aux anciens procédés de l'électrisation statique, on ne tarde pas à reconnaître qu'ils mettent dans nos mains un stimulant par excellence de la nutrition, modificateur général à la fois tonique et sédatif qui se prête avec une étonnante flexibilité à toutes les exigences thérapeutiques, sans compter que pour les effets locaux il peut remplir presque toutes les indications des autres méthodes.

Notre intention n'est pas de nous étendre ici sur les mérites de cette forme d'électrisation trop longtemps dédaignée ; nous devions cependant la mentionner en regrettant de ne pouvoir alléguer en sa faveur la puissante autorité de M. Erb.

Le livre que nous venons de parcourir aura, ce nous semble, deux catégories de lecteurs : d'abord, cela va de soi, ceux qui désirent acquérir une connaissance approfondie du sujet, pour en faire leur pratique de prédilection. Ils ne pourront pas trouver de meilleur guide. Mais notre recommandation leur est superflue. L'autre catégorie de lecteurs est celle des médecins qui désireront simplement avoir un aperçu des ressources de l'électricité ou chercheront un traitement pour quelque cas rebelle. Ceux-ci, même s'ils ne trouvent pas ce qu'ils désirent, ne pourront faire, à moins de s'apercevoir que la partie essentielle et suffisante d'une cure électrique n'est pas, comme beaucoup semblent le croire encore, l'acquisition d'un appareil dont on confie ensuite le maniement à un subalterne quelconque. M. Erb s'élève avec vigueur contre cette déplorable manière de faire qui parait sévir aussi en Allemagne.

Une partie de l'ouvrage sera hautement appréciée par les travailleurs ; c'est la bibliographie répartie sur les différents chapitres. Elle donne, pour les principales langues, les indications les plus abondantes et les plus exactes qui aient jamais été réunies sur cette branche de la littérature médicale. Le travail qu'elle représente est énorme.

Pour terminer, disons quelques mots de la traduction. Elle ne présentait pas, quant à l'interprétation, de bien grandes difficultés, car le style de M. Erb a une allure et une limpidité toute française. Pour un ouvrage de cette étendue, c'était néanmoins une tâche longue et laborieuse, et l'on doit savoir gré à M. Rueff de l'avoir accomplie Il est à regretter pourtant que son travail ait dû être livré à l'impression avec une hâte dont la preuve n'est que trop visible en nombre d'endroits. La terminologie, notamment, est tout à fait défectueuse. Il est évident que le traducteur, s'il avait eu le loisir de revoir sa rédaction, n'aurait pas laissé subsister certaines erreurs ou négligences qu'il y aurait mauvaise grâce à souligner davantage. Toutes les corrections nécessaires trouveront naturellement place dans le prochain tirage. ROMAIN VIGOUROUX.

BIBLIOGRAPHIE

Guy's Hospital Reports. Vol. XLII (London, 1884.)

Dans ce volume des rapports médicaux et chirurgicaux périodiques de l'hôpital de Guy, nous trouvons plusieurs articles intéressants. Nous citerons en première ligne un cas de gangrène du bras à la suite de vaccination, observé par M. Clément Lucas ; cette complication de la vaccine, rare assurément, mérite pourtant d'entrer en ligne de compte dans les risques de cette opération, en général bénigne. Il est d'absolue nécessité que les praticiens ne se servent que d'un virus non suspect et d'instruments absolument propres. D'autre part, il ne faut pas négliger la question de terrain et l'examen des urines de l'individu qu'on se propose de vacciner, est de rigueur pour peu que la santé de cet individu inspire quelque doute.

Signalons un travail sur les maladies des reins (Dr Goodhart), sur l'anasarque des enfants sans albuminurie (même auteur) ; un article du Dr Mahomed sur l'albuminurie et les symptômes indiquant sa gravité. Les Drs Galabin, Price, Gull, Pitt, Carrington, Taylor, Davies-Colley, etc., ont également écrit pour ce recueil différents articles qui ne manquent pas d'intérêt, et dont l'analyse peut difficilement être donnée. Une collection de travaux divers, sans aucun lien entre eux, ne peut en effet être présentée aisément dans une vue d'ensemble. D'autre part, nos lecteurs savent que les *Guy's hospital reports* jouissent d'une réputation méritée et qu'il y a toujours profit à les consulter.

De la péricardite aiguë des vieillards ; par le Dr LEJARD ; (thèse de Paris 1885. — A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs).

Ce travail a été rédigé sur des observations recueillies à l'hospice des Ménages dans le service de M. Quinquaud. Il démontre que la péricardite n'est pas rare chez les personnes âgées, qu'elle est souvent plus bruyante et plus grave que chez les adultes et qu'elle peut revêtir différentes formes anatomiques et cliniques. On a signalé des péricardites purulentes, hémorrhagiques, tuberculeuses, etc. ; ce qui fait le danger de la péricardite chez le vieillard, c'est l'état de dégénérescence plus ou moins avancés du myocarde, conséquence de l'âge.

VARIA

Autopsie proprement dite (1).

e) *Examen de la dure-mère.* — La dure-mère est d'abord examinée sur sa face externe. On juge de son épaisseur par sa transparence, qui, à l'état normal, doit laisser voir les veines de la pie-mère et les circonvolutions cérébrales, du degré de tension plus prononcé en arrière à cause de la position donnée d'habitude au cadavre. Pour en mieux juger, on fait à sa surface un pli qui est plus ou moins prononcé selon le degré de tension. La dure-mère peut être soulevée ou affaissée partiellement dans les parties correspondantes à certaines lésions cérébrales (hémorrhagies, tumeurs, etc.) La coloration grise normale présente une teinte d'autant plus blanche que l'épaisseur est plus accentuée. On notera les altérations des vaisseaux (artères méningées, etc.), puis les hémorrhagies, les adhérences contractées dans la pachyméningite avec l'os, les excroissances dont peut être recouverte la face externe, les tumeurs (gommes, carcinomes), les ossifications (pachyméningite ossifiante). On procède ensuite à l'ouverture du *sinus longitudinal supérieur.* Le couteau tenu horizontalement, on incise la paroi supérieure du sinus dans toute sa longueur, on la tend s'il est nécessaire de la main gauche. On examine son contenu (sang liquide ou coagulé, thrombose, granulations de Pacchioni faisant hernie à travers les parois perforées, etc).

L'examen externe terminé, on incise latéralement la duremère d'abord à droite, puis à gauche au niveau du trait de scie ; on peut employer soit les ciseaux, soit le scalpel ou le couteau et dans ce dernier cas, il faut avoir soin de tenir l'instrument de façon à ne pas léser le cerveau de dehors en dedans, ou de dedans en dehors. La coupe commencée, on en facilite l'exécution en tirant un peu à soi la membrane au moyen des doigts de la main gauche. Chaque moitié est alter-

(1) Extrait d'un *Manuel de technique d'autopsie* par Bourneville et Bricon. Voir *Progrès médical,* nos 43, 44, 46, 47, 48, 50 et 52 (Année 1884) et nos 3, 4, 5, 7, 11, 12, 13 et 25 (Année 1885).

nativement rejetée sur l'autre pour l'examen de la *face interne*. Ainsi qu'on l'a fait pour la face externe, on décrira pour la *face interne* les différences de coloration, mais surtout les formations nouvelles de vaisseaux développés dans des néo-membranes; la dure-mère est peu vasculaire, aussi soupçonnera-t-on l'existence de nouveaux vaisseaux quand on se trouvera en face d'un réseau vasculaire assez riche et serré. Par le raclage de la surface interne, on arrivera facilement à démontrer l'existence des *pseudo-membranes*. Normalement cette surface est lisse, brillante, humide; on notera si elle est dépolie, inégale, etc.; elle peut tout en ayant perdu son brillant, son humidité avoir conservé son état lisse, par suite d'une compression due à des hémorrhagies, abcès, tumeurs du cerveau.

Les *hémorrhagies* de la dure-mère peuvent être intra-méningées, ou séparées de la pie-mère (hématome), soit que la rupture ait eu lieu à la surface de la membrane ou dans le tissu même de la pseudo-membrane.

Les autres altérations (pachyméningite, etc.) ne diffèrent guère de ce que nous avons dit à propos de l'examen de la face externe; toutefois nous signalerons les *adhérences* entre la dure-mère et la pie-mère (1), les sarcomes, les tubercules (ceux-ci liés à une lésion de même genre du côté de la pie-mère).

Les deux moitiés de la dure-mère examinées, on la détache de son insertion à l'apophyse crista-galli en la tirant en haut et vers soi; le couteau est introduit perpendiculairement à gauche de la faulx et décrit un arc de cercle de gauche à droite; la main gauche continue à tirer la dure-mère ce qui permet de se rendre compte du parfait achèvement de l'incision; la dure-mère est alors attirée en arrière vers l'occipital, laissant à nu la convexité des hémisphères. Avant de procéder à l'enlèvement du cerveau, on notera au besoin les rapports existant entre les lésions dès maintenant visibles des hémisphères et de la pie-mère et celles de la calotte crânienne.

f) Enlèvement du cerveau. — Les doigts de la main gauche introduits en avant sous les lobes frontaux, soulèvent légèrement le cerveau et l'on coupe successivement avec un scalpel à lame longue et étroite, dirigé d'arrière en avant vers l'os, tous les nerfs (2) émergeant de la base du cerveau aussi près que possible de leur entrée dans les trous crâniens d'avant en arrière jusqu'à la tente du cervelet. Il faut éviter, tout en soulevant de plus en plus le cerveau, de produire la déchirure des nerfs ou d'endommager la substance cérébrale; la traction doit être réglée sur la coupe successive des nerfs, progressive et modérée. La *tige pituitaire* est ordinairement sectionnée et la *glande* abandonnée dans la fosse, mais dans certaines circonstances il peut être utile de la laisser en connexion avec le cerveau, dans ce cas on incise latéralement la tente de la fosse et l'on facilite sans brusquerie, avec le manche du scalpel, l'extraction de la glande.

La *tente du cervelet* est alors incisée de chaque côté au niveau de ses insertions en rasant le bord supérieur du rocher du côté de la face postérieure avec la pointe du scalpel, et perpendiculairement, de façon à éviter de léser les organes sous-jacents; de la main gauche, placée en arrière, on soutient les hémisphères cérébraux, puis l'on incise les derniers nerfs de la base (3). Enfin, introduisant le scalpel par le trou occipital, on incise le plus loin possible la moelle que l'on aborde par sa face antérieure et l'on coupe latéralement les deux artères vertébrales. Introduisant alors les doigts de la main droite, placés en forme de griffe, sous les lobes cérébelleux, l'on attire à soi toute la masse encéphalique. L'encéphale est mis de côté sur un plateau pour être examiné ultérieurement.

Tout en procédant à l'enlèvement, on a pu relever, autant que possible, la *quantité du liquide céphalo-rachidien* et dicter les altérations les plus saillantes. (*A suivre*).

(1) Dans l'examen des méninges, nous faisons abstraction de l'arachnoïde dont les altérations se confondent soit avec celles de la dure-mère, soit avec celles de la pie-mère.

(2) Nous rappellerons que ces nerfs craniens sont d'avant en arrière le nerf optique, le nerf moteur oculaire commun, le nerf pathétique, le trijumeau et le nerf moteur oculaire externe.

(3) Ce sont : Les nerfs facial et auditif, glosso-pharyngien, pneumo-gastrique, spinal et grand hypoglosse.

La circulation du sang. — Harvey (1).

Quand Guillaume Harvey publia son livre, *Excitatio anatomica de matu cordis et sanguinis in animalibus*, 1628, il y avait plus de neuf ans qu'il professait sa nouvelle doctrine sur le mouvement et les fonctions du cœur, et sur la circulation du sang. Dans ce livre il est seul à affirmer que le sang revient sur lui-même contrairement à l'opinion reçue (2). Ici qu'on me permette de faire un rapprochement avec la publication du *De re anatomica* de Realdo Colombo. L'anatomiste italien avait aussi professé sa théorie du passage du sang à travers le poumon (pour la formation de l'esprit vital) bien avant l'apparition de son livre, qui ne fut publié qu'après sa mort. Mettons dix à douze ans, c'est le moins qu'on puisse supposer. Comme pour lui, s'il avait plu à quelque Servet de 1622 par exemple, de parler de la circulation du sang, dans un de ses livres traitant d'un tout autre sujet, serait-ce véritablement ce Servet, et non l'anatomiste du collège des médecins de Londres qui aurait fait la grande découverte? M. Tollin n'hésiterait pas à la soutenir et il trouverait des amis pour dire comme lui. Seulement pour ce nouveau Servet, l'âme étant toujours dans le sang, le sang lui-même, elle n'irait plus se fixer dans les vaisseaux des plexus choroïdes, elle ferait avec lui un circuit perpétuel.

Mais laissons cela, pour nous attacher à l'ouvrage de Harvey, et d'abord à sa préface. « Jusqu'ici, dit-il en commençant, presque tous les anatomistes, médecins et philosophes supposent avec Galien que le pouls a le même rôle que la respiration, avec cette seule différence que le pouls est une faculté animale et la respiration une faculté vitale; pour le reste, fonctions et mouvements, tout est semblable. Ainsi, ils affirment (comme Jérôme Fabrice d'Acquapendente, dans son livre sur la respiration qui vient de paraître) que le pouls du cœur et des artères ne suffisant pas à éventer et rafraîchir le sang, la nature a mis les poumons autour du cœur pour remplir le même usage. Il est donc évident que tout ce que les anciens ont dit de la systole et la diastole, du mouvement du cœur et des artères, ils l'ont appliqué aussi aux poumons.

« Or, comme le cœur, par ses mouvements et sa disposition, diffère des poumons autant que les artères diffèrent de la poitrine, il est vraisemblable qu'il en résulte des usages différents, et que la fonction du cœur et des artères n'est pas la même que celle de la poitrine et des poumons. »

Après avoir fait remarquer la justesse de cette vue toute nouvelle, je demanderai à M. Dastre s'il croit encore, avec Sprengel et Flourens, que Jérôme Fabrice ait aidé son élève Guillaume Harvey à découvrir le mouvement circulaire du sang, surtout quand on tient compte de l'affirmation qui se lit au chapitre premier : « qu'il avait trouvé les mouvements du cœur en ouvrant lui-même des animaux et non pas en lisant les livres des autres », *quo cordis motus usum et utilitates in animalibus per autopsiam et non per libros aliorumque scripta invenirem*, et de cette petite confidence qui vient presque aussitôt après, « que Jérôme Fabrice d'Acq. ayant décrit avec le plus grand soin, dans un savant traité, toutes les parties du corps des animaux, a parlé de tout excepté du cœur (3). »

Inutile de continuer à admirer cette préface que M. Ch. Richet a le tort de trouver confuse et embrouillée. Harvey démontre facilement. après avoir fait la critique de « ce qui avait été dit avant lui sur le mouvement et l'usage du cœur et des artères, que tout y est plein de contradictions, d'obscurités et d'impossibilités, et qu'il sera nécessaire d'examiner la chose un peu mieux, c'est-à-dire regarder attentivement les mouvements du cœur et des artères non seulement chez l'homme, mais chez tous les animaux qui ont un cœur, et chercher la

(1) Voir le *Progrès médical*, nos 20, 21 et 24.

(2) *Meam de motu et usu cordis et circuitu sanguinis sententiam, antea sæpius in prælectionibus meis anatomicis, aperui novam Sed jam per novem et amplius annos..... contra receptam viam, sanguinem iter novum metiri suum et revolvere, solus iste liber affirmaret* (Dédicace).

(3) *Quod Hieronym. Fabr. ab aq. p. quum singulas pene animalium particulas accurate et docte peculiari tractatu delineaverat, solum cor intactum reliquit* (ch. I.).

vérité par des vivisections fréquentes et des autopsies nombreuses (1). »

Ses conclusions des chap. II et III ne sont pas moins remarquables. « Il n'est pas vrai, comme on le croit généralement que le cœur, par son mouvement ou sa dilatation, attire le sang dans les ventricules. Quant il se meut et se contracte, il chasse le sang; quand il se relâche et reste inanimé, il reçoit le sang comme on le verra plus loin (2). Ces faits démontrent que, contrairement à l'opinion reçue, la diastole des artères répond à la systole du cœur, que les artères sont remplies et distendues par l'afflux du sang envoyé par la contraction des ventricules du cœur. Elles sont distendues parce qu'elles se remplissent comme des outres ou des vessies. Elles ne sont pas remplies parce qu'elles se distendent comme des soufflets (3). Puisque le pouls artériel, dit-il encore, n'est autre chose que l'impulsion du sang dans les artères, etc. (4). »

Aucun des anciens n'avait vu ou soupçonné la contraction des oreillettes. Colombo lui-même dit: « L'usage des oreillettes n'est pas sans importance, elles sont destinées à empêcher la veine-cave et l'artère veineuse de se rompre pendant les mouvements du cœur, alors que ces vaisseaux sont trop pleins de sang (5). »

(A suivre). E. TURNER.

Un élève chirurgien huguenot au XVII[e] siècle.

Un des préjugés les plus fâcheux du XVII[e] siècle fut, sans contredit, celui qui excluait d'une foule de fonctions les gens de la religion prétendue réformée, et ce préjugé sévissait avec sa rigueur la plus cruelle sur les médecins et les chirurgiens huguenots.

Ces derniers se voyaient repoussés de partout, et les malades protestants admis à l'Hôtel-Dieu étaient en butte aux persécutions des chapelains et des maîtres au spirituel qui, sous le prétexte de les convertir à la religion catholique, obsédaient ces malheureux, qui la plupart du temps cédaient pour avoir la paix.

Traqués de tous côtés, les protestants étaient parvenus, pour échapper à ces misères, à fonder çà et là, de petits hôpitaux où ils recevaient les malades de leur religion. Mais l'hydre aux cent yeux qui s'appelait la police, et les émissaires de l'Hôtel-Dieu, découvraient bien vite ces asiles et ordre était immédiatement donné de les fermer.

J'aurai l'occasion d'ici quelque temps, dans une étude *sur les différends avec le Spirituel et l'Hôtel-Dieu, de parler de ces* exactions continuées de temps à autre depuis la Saint-Barthélemy et je ne veux mettre aujourd'hui sous les yeux des lecteurs du *Progrès médical* que cette petite note, extraite des registres de l'Hôtel-Dieu.

19 juin 1680.

« Sur l'avis que le Bureau a eu que le sieur Petit, maître chirurgien de l'Hostel-Dieu a un pensionnaire de sa maison, holandois, de la religion pretendue reformée, qui empesche la conversion d'un autre holandois malade a l'Hotel-Dieu, à laquelle on travaille; ledit sieur Petit mandé, il a dit qu'il a creu ledit pensionnaire catholique, lui en aiant veu toutes les actions publiques. Surquoi lui ayant esté dit qu'on est assuré qu'il est huguenot, il lui a esté enjoint de le congédier (1). »

Ce fait n'est pas le seul. On le retrouve à chaque instant.

Albin ROUSSELET.

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 29. — 1[er] *de Doctorat* (N. R.) : MM. Gariel, Bourgoin, Pouchet. — 1[er] *de Doctorat* (N. R.) : MM. Gautier, Desplats, Blanchard. — 1[er] *de Doctorat* (A. R.), oral : MM. Béclard, Fournier, Reclus. — 2[e] *de Doctorat* (N. R., 1[re] partie), oral : MM. Verneuil, Farabeuf, Segond. — 3[e] *de Doctorat* (A. R.) : MM. Gariel, Bourgoin, Remy. — 4[e] *de Doctorat* : MM. Vulpian, Hayem, Joffroy — 5[e] *de Doctorat* (A. R.) (Hôtel-Dieu). 1[re] *Série* : MM. Trélat, Potain, Pinard ; — 2[e] *Série* : MM. Charcot, Guyon, Ribemont-Dessaignes.

MARDI 30. — 2[e] *de Doctorat* (N. R., 1[re] partie), oral. 1[re] *Série* : MM. Robin, Farabeuf, Humbert; — 2[e] *Série* : MM Sappey, Duplay, Campenon. — 3[e] *de Doctorat* (N. R., 2[e] partie) : MM. Peter, Bouchard, Raymond. — 4[e] *de Doctorat*. 1[re] *Série* : MM. G. Sée, Landouzy, Hutinel, — 2[e] *Série* : MM. Hardy, Jaccoud, Hanot ; 3[e] *Série* : MM. Laboulbène, Ball, Debove. — 5[e] *de Doctorat* (N. R., 1[re] partie) (Charité) : MM. Richet, Panas, Bouilly. — 5[e] *de Doctorat* (A. R.) (Charité). 1[re] *Série* : MM. Pajot, Cornil, Peyrot; — 2[e] *Série* : MM. Le Fort, Grancher, Charpentier.

MERCREDI 1[er]. — 1[er] *de Doctorat* (N. R.) : MM. Gautier, Desplats, Guebhard, — 1[er] *de Doctorat* (N. R.) : MM. Desplats, Bourgoin, Blanchard. — 1[er] *de Doctorat* (A. R.) oral ; MM. Béclard, Lannelongue, Reynier. — 2[e] *de Doctorat* (N. R., 1[er] partie), oral : MM. Hayem, Farabeuf, Terrillon. — 3[e] *de Doctorat* (A. R.), 1[re] *Série* : MM. Regnauld, Baillon, Guebhard ; — 2[e] *Série* : MM. Gariel, Lutz, Remy. — 4[e] *de Doctorat* : MM. Potain, Damaschino, Hanriot. — 5[e] *de Doctorat* (A. R.) (Hôtel-Dieu). 1[re] *Série* : MM. Verneuil, Fournier, Ribemont-Dessaignes ; — 2[e] *Série* : MM. Guyon, Tarnier, A. Robin.

JEUDI 2. — 1[er] *de Doctorat* (A. R.), oral : MM. Panas, Landouzy, Campenon. — 2[e] *de Doctorat* (N. R., 1[re] partie), oral. 1[re] *Série* : MM. Laboulbène, Cornil, Bouilly ; — 2[e] *Série* : MM. Sappey, Farabeuf, Debove. — 2[e] *de Doctorat* (A. R.), oral : MM. Hardy, Jaccoud, Humbert. — 3[e] *de Doctorat* (N. R., 1[re] partie), oral : MM. Pajot, Duplay, Peyrot. — 4[e] *de Doctorat*. 1[re] *Série* : MM. Ball, Grancher, Quinquaud ; — 2[e] *Série* : MM. Peter, Bouchard, Troisier ; — 3[e] *Série* : MM. G. Sée, Vulpian, Hanot.

VENDREDI 3. — 1[er] *de Doctorat* (N. R.) : MM. Gariel, Desplats, Pouchet. — 1[er] *de Doctorat*. 1[re] *Série* : MM. Gautier, Lutz, Blanchard ; — 2[e] *Série* : MM. Desplats, Bourgoin, Hanriot. — 1[er] *de Doctorat* (A. R.), oral : MM. Béclard, Farabeuf, Segond — 2[e] *de Doctorat* (A. R.), oral : MM. Verneuil, Damaschino, Straus. — 3[e] *de Doctorat* (N. R., 1[re] partie), oral : MM. Guyon, Lannelongue, Kirmisson — 5[e] *de Doctorat* (N. R., 2[e] partie) (Charité) : MM. Vulpian, Fournier, A. Robin. — 5[e] *de Doctorat* (A. R.) (Charité) : MM. Trélat, Potain, Pinard.

SAMEDI 4. — 1[er] *de Doctorat* (N. R.) : MM. Baillon, Bourgoin, Guebhard. — 1[er] *de Doctorat* (A. R.), oral : MM. Sappey, Grancher, Campenon. — 2[e] *de Doctorat* (N. R., 1[re] partie), oral : MM. Robin, Farabeuf, Debove. — 2[e] *de Doctorat* (A. R.) oral : MM. Jaccoud, Peter, Bouilly. — 3[e] *de Doctorat* (N. R., 1[re] partie), oral : MM. Richet, Panas, Charpentier. — 4[e] *de Doctorat* : MM. Bouchard, Landouzy, Quinquaud. — 5[e] *de Doctorat* (N. R., 2[e] partie) (Hôtel-Dieu) : MM. Hardy, Cornil, Hallopeau. — 5[e] *de Doctorat* (A. R.) (Hôtel-Dieu) : 1[re] *Série* : MM. Laboulbène, Duplay, Peyrot; — 2[e] *Série* : MM. Pajot, Ball, Humbert.

Thèses soutenues à la Faculté de Médecine.

Jeudi 2. — M. Masingue. De la plaie de l'estomac par arme à feu. — M. Rosière. Contribution à l'étude de la dilatation forcée appliquée au traitement des hémorrhoïdes. — M. Duriau. De la taille biliaire. — *Vendredi* 3. — M. Montagne. Contribution à l'étude de l'alimentation envisagée au point de vue physiologique en particulier à l'hopital et dans les établissements publics de la ville du Havre. — M. Thalinger. Des kystes du vagin et particulièrement des kystes de la paroi antérieure. — M. Franc. Influence de la position de la femme dans le traitement des déviations en arrière de la matrice.

INSTRUMENTS ET APPAREILS

Laryngo-fantôme du D[r] Baratoux.

Cet instrument est destiné à permettre d'apprendre aux médecins : 1° à franchir le canal bucco-pharyngien sans toucher ses

(1) *Itaque ex his et hujusmodi plurimis patet, quum ea quæ dicta antehac a prioribus, de motu et usu, cordis et arteriorum, aut inconvenientia, aut obscura, aut impossibilia, diligentius consideranti appareant : utile proinde admodum fore, paulo penitius rem introspicere : arteriarum et cordis motus, non solum in homine, sed et aliis universis animalibus cor habentibus, contemplari : quin etiam vivorum dissectione frequenti, multaque autopsia, veritatem discernere et investigare.*

(2) *Neque verum est similiter, quod vulgo creditur, cor ullo suo motu, aut distentione, sanguinem in ventriculis attrahere ; dum enim movetur, et tenditur, expellit : dum laxatur, et concidit, recipit sanguinem eo modo, quo postea patebit* (ch. II).

(3) *Ex his videtur manifestum, contra communia dogmata, quod arteriarum diastole sit eo tempore, quo cordis systole : et arteriarum repleri et distendi propter sanguinis a contractione ventriculorum cordis immissionem et intrusionem ; quin etiam distendi arterias, quia replentur ut utres aut vesica ; non repleri, quia distenduntur ut folles.*

(4) *Quum pulsus arteriarum, nil nisi impulsus sit sanguinis in arterias.*

(5) *Harum igitur auricularum in cordis motibus non parum est usus, ne scilicet dum cor movetur, vena cava venalisque arteria, quæ ipsa quoque venarum instar constructa est, disrumperentur : nimis enim quandoque sanguine opplentur* (DE RE ANATOMICA).

(1) *Archives de l'Administration générale de l'Assistance Publique.* — Reg. des Délibérations. Reg. 48.

parois; 2° à porter un instrument en un point du larynx désigné à l'avance; 3° et à enlever une tumeur ou un corps étranger du larynx.

L'instrument se compose d'un conduit métallique analogue à celui du larynx-fantôme du Dr Labus. Ce conduit représente, autant que possible, la longueur et la direction du canal bucco-pharyngien de l'homme. A sa partie inférieure est logé un larynx artificiel en plâtre (*fig.* 51) occupant sa position normale sur le vivant. C'est aussi la disposition adoptée par le Dr Garel. Ce larynx est traversé par des tubes métalliques isolés dont les extrémités supérieures se terminent en divers points de la surface du larynx, tandis que leurs extrémités inférieures sortent à la partie

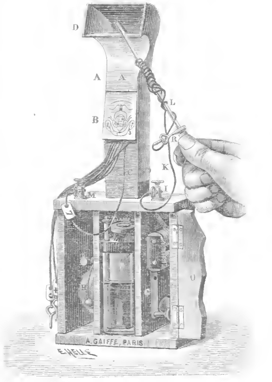


Fig. 51.

antérieure du larynx, pour se continuer avec les fils portant une plaque numérotée correspondant à un numéro d'ordre marqué sur le larynx ou sur l'image laryngoscopique placée à la partie antérieure de l'appareil, sur la porte *b*, destinée à donner passage au larynx artificiel.



Fig. 52.

On peut adapter à l'extrémité des tubes, de petites boulettes de cire ou de petites masses métalliques moulées sur une tige courbe de manière à simuler des tumeurs artificielles de différentes formes et de différentes grosseurs. On peut en voir au n° 6 de la figure 51.

L'instrument est monté sur un pied C. reposant sur une boite divisée en trois compartiments. Celui du milieu contient deux éléments de Gaiffe (*f*) ; celui de gauche une sonnerie électrique, h, et celui de droite une sonnerie à grelot, g.

La pile est en communication d'une part avec la borne (*i*) destinée à faire un fil (*K*) auquel est adapté la sonde métallique, (*l*) et d'autre part un double fil dont l'un se rend par la sonnerie à la borne (*m*) et l'autre au tube (*b*) par l'intermédiaire du grelot (*f*). On comprend que si l'un des pôles, de la pile représenté sur la tige (*l*) vient toucher l'autre pôle, soit le conduit bucco-pharyngien (*b*) soit la borne (*m*), le grelot ou la sonnerie seront mis en mouvement. Le grelot indiquera donc que l'on aura touché les parois du canal aérien.

D'autre part, on fixe à la borne (*m*) un des fils, soit le fil 5, du larynx artificiel (ces fils sont au nombre de huit dans la figure). Lorsque la sonde (*l*) touchera le point 7 du larynx artificiel, le courant étant fermé mettra en mouvement la sonnerie électrique, l'on saura ainsi que l'on a touché le point désigné à l'avance. On peut remplacer à volonté ce fil 7 par un des fils de la figure.

L'on comprend que la sonnerie et le grelot fonctionneront en même temps, si la sonde touche simultanément les parois du tube et le point du larynx artificiel qui sera mis à ce moment en rapport avec la borne, M.

Pour extraire un corps étranger ou une tumeur, on fera usage des instruments employés à cet effet. En reliant cet instrument au fil K, on sera averti qu'il vient toucher les parois du tube (*b*) lorsque le grelot se mettra en mouvement.

En reliant à la borne, M, un des fils dont l'extrémité laryngée portera une tumeur métallique, la sonnerie accusera que l'instrument le saisit. On voit donc que cet appareil simple et complet est appelé à rendre des services dans les manœuvres laryngoscopiques.

FORMULES

17. Nitro-glycérine ou trinitrine.

La *nitro-glycérine* ou *trinitrine*, découverte par Sobrero en 1847, est un éther nitrique de la glycérine; elle se présente sous l'aspect d'une huile inodore jaunatre, d'une saveur douçatre; elle est peu soluble dans l'eau, tres soluble dans l'alcool et dans l'ether.

Principaux effets physiologiques chez l'homme. — La nitro-glycérine est très toxique. *A dose faible* (1 à 10 gouttes d'une solution au centième) : sensation de plénitude intra-cranienne, céphalgie plus ou moins intense, confusion ou paresse dans les idées, bourdonnements d'oreilles, vertiges, amblyopie, accélération du pouls, parfois dicrote ; diminution de la pression artérielle ; face rouge, vultueuse, sueurs, nausées, vomissements ; quelquefois exagération des mouvements respiratoires. — *A dose toxique* (au-dessus de 10 gouttes) : convulsions cloniques et toniques, mort par asphyxie. — Les effets de la trinitrine sont assez semblables à ceux du *nitrite d'amyle*, mais plus persistants. La plupart des auteurs n'ont obtenu que des résultats négatifs sur les animaux. L'action de la trinitrine est en effet très variable selon les animaux, leur âge, etc.; aussi les proprietes physiologiques de cette substance ont-elles longtemps été incertaines et discutées.

MM. Dujardin-Beaumetz et Marieux ont administré la nitro-glycérine en injections hypodermiques à la dose de 2 à 4 gouttes de la solution alcoolique pour un gramme d'eau.

Solution alcoolique de trinitrine au centième 30 gouttes
Eau distillée de laurier-cerise, 8 gr. 40 centig. à 10 gr.
MARIEUX et DUJARDIN-BEAUMETZ.

La seringue contient 3 gouttes de la solution alcoolique de nitro-glycerine. — Les effets se produisent de 5 à 10 minutes après l'injection. On doit débuter par une dose de deux gouttes et ne pas dépasser six gouttes en 24 heures. En ayant soin de pratiquer les injections dans les muscles du dos ou de la fesse, les auteurs cités n'auraient pas observé d'accidents locaux (douleur, abcès, etc.)

Emploi thérapeutique. — La nitro-glycérine a été employée à l'intérieur par M. Field (*Medical Times and Gazette*, 1858) dans les névralgies, l'épilepsie, l'hystérie, etc., Thorogwood et James, Lawrence (de Brighton), Baker Edwards, S. Brady (1859) etc., l'administrèrent ou le préconisèrent à la suite des recherches de Fuller et Harley, et de Vulpian (1859) qui contestèrent les résultats obtenus par les précedents auteurs, la trinitrine tomba dans l'oubli pendant plusieurs années, après l'apparition de la thèse de M. Bruel (2), la nitro-glycérine fut de nouveau utilisée par Murrel (1879), Mayo-Robson, Craig, Farquhar, Stitls, M'call An-

(1) Nous renvoyons pour plus de détails aux travaux de MM. Huchard et Marieux auxquels nous avons emprunté les descriptions des effets physiologiques de la nitro-glycérine. — Huchard. *Propriétés physiologiques et thérapeutiques, de la trinitrine* (*Bulletin de thérapeutique*, avril 1885). — Marieux. *Recherches sur les propriétés physiologiques et thérapeutiques de la trinitrine*. Thèse de Paris, 1885).

(2) Bruel. — *Recherches expérimentales sur les effets toxiques de la nitro-glycérine et de la dynamite*, thèse de Paris, 1876.

derson, Green, Hammond, Stewart, Korcinski, Huchard, Trusevich, Bramwel, etc., dans l'angine de poitrine, les néphrites aiguës et chroniques, l'épilepsie, l'éclampsie, l'asthme, les palpitations, les affections du cœur et de l'aorte, les syncopes, la migraine, les névralgies, les vertiges, le vertige de ménière, tic épileptiforme, etc. Pour un certain nombre de maladies, les résultats obtenus sont contradictoires, elle semble surtout avoir une action favorable dans l'angine de poitrine et dans toutes les affections où prédominent les symptômes d'anémie cérébrale. Tout récemment M. Rossbach en a recommandé l'emploi dans le traitement de la néphrite interstitielle (*Berlin. klin. Woch.*, n° 3, 1885).

AVIS A NOS ABONNÉS. — *L'échéance du 1er JUILLET étant l'une des plus importantes de l'année, nous prions instamment nos souscripteurs, dont l'abonnement expire à cette date, de nous envoyer le plus tôt possible le montant de leur renouvellement. Ils pourront nous adresser ce montant par l'intermédiaire du bureau de poste de leur localité, qui leur remettra un reçu de la somme versée. Nous prenons à notre charge les frais de 3 0/0 prélevés par la poste, et nos abonnés n'ont rien à payer en sus du prix de leur renouvellement.*

Nous leur rappelons que, à moins d'avis contraire, la quittance de réabonnement leur sera présentée le **25 juillet**, *augmentée de* UN FRANC *pour frais de recouvrement. Nous les engageons donc à nous envoyer d'ici là leur renouvellement par un mandat-poste.*

Afin d'éviter toute erreur, nous prions également nos abonnés de joindre à leur lettre de réabonnement et à toutes leurs réclamations la bande de leur journal.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 14 juin au samedi 20 juin 1885, les naissances ont été au nombre de 1133, se décomposant ainsi: *Sexe masculin* : légitimes, 421; illégitimes, 147. Total, 568. — *Sexe féminin* : légitimes, 412 ; illégitimes, 153. Total, 515.

MORTALITÉ A PARIS.— Population d'après le recensement de 1881; 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 14 juin au samedi 20 juin 1885, les décès ont été au nombre de 896, savoir : 485 hommes et 411 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 8 F. 8. T. 16. Variole : M. 0 F. 1, T. 1. — Rougeole. M. 17, F. 23, T. 40. — Scarlatine : M. 3 F. 3 T. 6. — Coqueluche : M. 0, F. 2 T. 2. — Diphthérie, Croup. M. 11 F. 7, T. 18. — Dyssenterie : M. .. F. .., T. .. — Erysipèle: M. 1, F. 0, T. 1. — Infections puerpérales : 4 — Autres affections épidémiques : M. .. F. .., T. .. — Méningite tuberculeuse et aiguë: M. 23 F. 24, T. 47.— Phthisie pulmonaire : M. 93, F. 68 T. 161. —Autres tuberculoses: M. 17, F. 12. T. 29.—Autres affections générales : M. 30. F. 32 T. 62 — Malformations et débilité des âges extrêmes: M. 15, F. 21, T. 42. — Bronchite aiguë : M. 4 F. 9. T. 13. — Pneumonie : M. 29, F. 30, T. 59. — Athrepsie : M. 50, F. 32 T. 82. — Autres maladies des divers appareils : M. 154 F. 119, T. 273. — Après traumatisme : M. .. F. .., T. .. — Morts violentes : M. 24, F. 6. T. 30.— Causes non classées M 6, F. 4, T. 10.

***Mort-nés et morts avant leur inscription* : 101 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 41 ; illégitimes, 13. Total : 54. — *Sexe féminin* : légitimes, 31 ; illégitimes, 16. Total : 47.**

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE TEMPÉRANCE. — *Programme des prix et récompenses à décerner en 1886.* Le Conseil d'administration de la Société, dans sa séance du 5 mai 1885, a décidé : 1° Que tous les travaux se rapportant à la tempérance et aux boissons alcooliques envisagées sous le rapport soit de leur composition, soit de leur action sur l'économie, seraient admis au concours ; 2° Que des récompenses pourraient être accordées aux travaux imprimés aussi bien qu'aux travaux manuscrits envoyés à la Société. La Société ne met au concours aucune question spéciale pour l'année 1886, mais elle appelle particulièrement l'attention des concurrents sur la question suivante : Etudier sur un point déterminé du territoire français (commune, canton ou département), l'influence de la loi du 17 juillet 1880, d'un côté sur le nombre des débits de boissons et de l'autre sur le chiffre des condamnations pour ivresse publique, des morts accidentelles déterminées par les excès de boisson, des folies et des suicides de cause alcoolique. Une somme de 1,000 francs sera répartie entre les auteurs des mémoires couronnés. Les ouvrages ou mémoires devront être remis au secrétariat général de l'œuvre, rue de l'Université, 6, avant le 1er janvier 1886. Pour l'année 1887, la Société met au concours la question suivante : Le *Livre des mères*; manuel à l'usage des femmes désireuses de préserver leur famille de l'alcoolisme et de l'ivrognerie. Montant du prix : 1,000 fr. Le concours pour ce prix spécial ne sera clos que le 31 décembre 1886.

HERBORISATION. — M. CHATIN, professeur de botanique à l'Ecole de pharmacie, fera une herborisation publique le dimanche 28 juin, aux environs de Marines. Le départ s'effectuera de la gare Saint-Lazare à 6 h. 15 m. du matin, pour la station de Chars.

CONCOURS DU BUREAU CENTRAL. — *Accouchements.* — Les candidats admis à subir les épreuves définitives sont : MM. Doléris, Bureau, Auvard, Loviot et Stapfer.

HOPITAUX DE LYON. — Un concours public s'ouvrira à l'Hôtel-Dieu de Lyon, le lundi 7 décembre 1885, à huit heures du matin, pour une place de chirurgien-major de la Charité de cette ville.

ASSAINISSEMENT DE LA SEINE. — M. le Dr BOURNEVILLE vient d'être nommé rapporteur de la commission chargée d'examiner le projet tendant à assainir les eaux de la Seine et à utiliser les eaux d'égout en les déversant sur un territoire dépendant de la forêt de Saint-Germain. M. Bourneville, favorable au projet, a été nommé par 6 voix contre 4 à M. Brunel et 1 à M. Langlois.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE. — La Société Médico-Psychologique se réunira, en séance ordinaire, le lundi 29 juin, à 4 heures précises, rue de l'Abbaye, 3. Ordre du jour : 1° Sur le poids des hémisphères cérébraux (*suite*) : M. PH. REY. 2° Quelques observations sur le délire épileptique : M. RIU. 3° Des signes physiques, intellectuels et moraux des folies héréditaires : MM. LEGRAND DU SAULLE, MAGNAN. 4° De la transformation de la folie simulée en folie véritable : MM. FALRET, LEGRAND DU SAULLE, LUNIER.

CHOLÉRA : MISSION EN ESPAGNE. — M. le Dr CHARRIN est désigné pour faire partie de cette mission en remplacement de M. Roux.

CHOLÉRA EN ESPAGNE. — L'épidémie continue à progresser et à s'étendre au midi et au nord. — Le nombre des victimes serait très élevé, mais les renseignements authentiques continuent à faire défaut. — Nous sommes très surpris de voir les journaux de médecine espagnols ne nous fournir aucun document sur la marche de l'épidémie dans leur pays.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Chronique des hôpitaux.

Hôpital Bichat. — Service de M. H. HUCHARD. Visites à 9 h. 1/2. Consultations lundi et mercredi. Spéculum le vendredi. Leçon clinique le dimanche à 10 heures. — Salle Andral (H.) : Examen des malades nouveaux, mardi et jeudi. 1, chorée avec érythème et rétrécissement mitral; 3, pachyméningite consécutive à une arthrite cervicale ; 6, emphysème traité par l'iodure de lithium ; 8, pleurésie chez un tuberculeux ; 9, aortite subaiguë avec accès d'angine de poitrine ; 10, rhumatisme articulaire, rétrécissement et insuffisance de l'orifice mitral ; 11, rhumatisme articulaire, érythème marginé, endo-péricardite, pleurésie double et congestion pulmonaire ; 13, artério-sclérose à détermination cardiaque et hépatique ; 14, néphrite, pneumonie chronique ; 15, néoplasie tuberculeuse avec bronchite fétide, impaludisme ; 16, carcinome de l'estomac avec ascite ; 17, cardiopathie et néphropathie ; 18, iritis syphilitique ; 19, néphrite interstitielle, bruit de galop ; 20, paralysie agitante avec symptômes ataxiques ; 21, arthrite blennorrhagique sacro-iliaque ; 22, cardiopathie mitrale avec gangrène cutanée ; 23, cirrhose atrophique ; 24, myélite cervicale chez un syphilitique, alcoolique et saturnin ; 26, paralysie pseudo-hypertrophique chez un adulte ; 29, asystolie, 30, pleurésie tuberculeuse. — Salle Récamier (F.) : 2, ataxie avec crises épileptiformes; 3,

TABLE DES MATIÈRES

N. B. — **Rechercher par ordre alphabétique, non seulement dans la succession régulière des lettres, mais aussi aux articles suivants :** Académie de médecine ; — Académie des sciences ; — Association française ; — Congrès ; — Société d'anthropologie — Société anatomique ; — Société de biologie ; — Société de chirurgie ; — Société médicale, etc. — Revues diverses.

A

B

C

D

E

F

G

H

T

V

Y

Paris, — Imp. V. Goupy et Jourdan, rue de Rennes, 71.